रजिस्ट्री सं० डी०-33004/99 REGD. NO. D. L.-33004/99

भारत का राजपत्र
The Gazette of India

असाधारण
EXTRAORDINARY
भाग III—खण्ड 4
PART III—Section 4
प्राधिकार से प्रकाशित
PUBLISHED BY AUTHORITY

सं. 49] नई दिल्ली, सोमवार, फरवरी 18, 2013/माघ 29, 1934
No. 49] NEW DELHI, MONDAY, FEBRUARY 18, 2013/MAGHA 29, 1934

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण

अधिसूचना

हैदराबाद, 16 फरवरी, 2013

बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण
(स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2013

फा. सं. बी.वि.वि.प्रा./वि./14/72/2013.—बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण अधिनियम, 1999 की धारा 14 और धारा 26 के साथ पठित बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 114अ द्वारा प्रदत्त शक्तियों का प्रयोग करते हुए, प्राधिकरण बीमा सलाहकार समिति के साथ परामर्श करने के बाद एतद्द्वारा निम्नलिखित विनियम बनाता है, अर्थात् :-

1. प्रारंभ –

a) इन विनियमों को बीमा विनियामक और विकास प्राधिकरण (स्वास्थ्य बीमा) विनियम, 2013 कहा जाए ।

b) ये विनियम भारत सरकार के राजपत्र में अपने प्रकाशन की तिथि से प्रभावी होंगे ।

c) जब तक कि इन विनियमों में प्रावधान हो, इन विनियमों के लागू होने से पहले, बनाए गए स्वास्थ्य बीमा अनुबंधों को अमान्य न समझा जाए ।

d) ये विनियम उन सभी लाइसेंस प्राप्त जीवन बीमाकारों, गैर–जीवन बीमाकारों और स्वास्थ्य बीमाकारों पर लागू होंगे जो भारत में इन विनियमों के तहत स्वास्थ्य बीमा का व्यवसाय संचालित कर रहे हैं ।

2. परिभाषाएँ ; इन विनियमों में –यदि यह संदर्भ लगते है –

a) 'अधिनियम' का अर्थ बीमा अधिनियम 1938 है ।

b) 'अनुबंध' का अर्थ है – उन निर्धारित सेवा शर्तों से है । जो किसी बीमा कंपनी के स्वास्थ्य पॉलिसी के धारकों को प्रस्तुत की गई हों । ये अनुबंध निम्नलिखित के बीच होता है ।

i. किसी थर्ड पार्टी प्रशासक (TPA) और किसी बीमा कंपनी के बीच ; अथवा.

ii. नेटवर्क प्रदाता (किसी अस्पताल) और बीमा कंपनी जो किसी थर्ड पार्टी प्रशासक को शामिल करना चाहती है ।

iii. किसी अस्पताल/स्वास्थ्य केन्द्र तथा किसी बीमा कंपनी के बीच जिसमें TPA एक तृतीय पक्ष (थर्ड पार्टी) के रूप में शामिल हो सकता है।

c) 'प्राधिकरण' से तात्पर्य, बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण से है जिसे आई.आर.डी.ए. अधिनियम, 1999 की धारा 3 और उप–धारा 1 के तहत स्थापित किया गया था।

d) 'ब्रेक इन पॉलिसी' वर्तमान पॉलिसी का टर्म समाप्त होने पर होती है जबकि, किसी पॉलिसी के नवीकरण के लिए शुल्क प्रीमियम भरने की निर्धारित तारीख को या उससे पहले या अगले 30 दिन, दिनों के भीतर भी न भरा गया हो ।

e) 'निशुल्क सुविधा' अर्थात् एक बीमाकार द्वारा बीमाधारक को दी गई वह सुविधा जिसके अंतर्गत बीमा धारक द्वारा पॉलिसी की शर्तों पर करवाएं गए उपचार का सारा भुगतान बीमाकार द्वारा पूर्व प्राधिकृत अनुमोदन के जरिये सीधे नेटवर्क प्रदाता को कर दिया जाता है ।

f) 'फाइल व यूज़ प्रक्रिया' का तात्पर्य उस प्रक्रिया से है, जिसका पालन बीमाकार अपने प्राधिकरण द्वारा जारी दिशा निर्देशों/परिपत्र के अनुसार स्वास्थ्य बीमा उत्पाद अनुमोदन हेतु करता है ।

g) 'स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय (बिजनेस)' अथवा 'हेल्थ कवर' का अर्थ उन बीमा अनुबंधों की प्रभावकारिता से है जिसके तहत चिकित्सा लाभ या मेडिकल, सर्जिकल अथवा अस्पताल का व्यय आदि का लाभ, जिसमें सुनिश्चित लाभ और दीर्घकालिक देखभाल, यात्रा बीमा तथा व्यक्तिगत दुर्घटना आदि समाविष्ट (कवर) किए जाते हैं ।

h) 'टी.पी.ए. द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य सेवाएँ' अर्थात टी.पी.ए. द्वारा एक स्वास्थ्य बीमा व्यापार से संबंधित अनुबंध के अंतर्गत प्रदान की गई सेवाएँ जिसमें किसी बीमा कंपनी का बिजनेस अथवा प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय अथवा किसी दावे की स्वीकार्यता या उसकी अस्वीकृति शामिल नहीं होती ।

i) 'स्वास्थ्य तथा जीवन संयोजक उत्पाद' अर्थात ऐसे उत्पाद जो एक जीवन बीमा कंपनी का एक सावधिक जीवन बीमा कवर के साथ किसी गैर–जीवन बीमा और या /स्टैंडअलोन स्वास्थ्य बीमा कंपनियों का स्वास्थ्य बीमा संयुक्त रूप से ऑफर करते हैं ।

j) 'नेटवर्क प्रदाता' अर्थात ऐसे अस्पताल अथवा स्वास्थ्य केन्द्र जिन्हें बीमाकार द्वारा सूचीबद्ध किया जाता है और वे अपने बीमाधारकों को, निशुल्क सुविधा के आधार पर अपने यहाँ चिकित्सा सुविधा उपलब्ध करवाते हैं ।

k) 'पोर्टेबिलिटी' – स्वास्थ्य बीमा करवाने वाले किसी बीमाधारक को (फैमिली कवर सहित) प्रदान किया गया वह अधिकार होता है जिसमें कि पूर्व–निर्धारित शर्तों तथा

समयबद्ध सीमा के अनुसार प्राप्त किए गए क्रेडिट का हस्तांतरण एक बीमाकार से दूसरे बीमाकार को अथवा उसी बीमाकार की एक से दूसरी योजना को किया जा सकता है – बशर्ते कि पिछली पॉलिसी को उसने बिना किसी ब्रेक/व्यवधान के अनुरक्षित किया हो ।

l) 'वरिष्ठ नागरिक' अर्थात ऐसा व्यक्ति जिसने स्वास्थ्य बीमा की शुरूआत अथवा नवीकरण की तारीख तक 60 या उससे अधिक आयु पूरी कर ली हो. ।

m) 'थर्ड पार्टी प्रशासक' का तात्पर्य कोई ऐसा व्यक्ति जिसे आई.आर.डी.ए. (थर्ड पार्टी प्रशासक –स्वास्थ्य सेवाएँ) विनियम 2001 के तहत प्राधिकरण द्वारा लाइसेंस दिया गया हो और किसी बीमा कंपनी ने शुल्क अथवा पारिश्रमिक देकर स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने हेतु नियुक्त कर रखा हो ।

n) सभी पदों अथवा अभिव्यक्तिओं को इन विनियमों में परिभाषित नहीं किया गया है बल्कि उन्हें बीमा अधिनियम 1938 अथवा बीमा विनियामक तथा विकास प्राधिकरण अधिनियम 1999 के तहत सुनिश्चित अर्थों सहित परिभाषित किया गया है ।

3. पंजीकरण तथा स्वास्थ्य–व्यापार का दायरा (स्कोप)

a) स्वास्थ्य बीमा उत्पाद केवल उन्हीं इकाइयों द्वारा ऑफ़र की जा सकती हैं जो, बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण विनियम 2001 के अंतर्गत मान्य रूप से पंजीकृत हों ।

b) जीवन बीमा कंपनियाँ दीर्घकालिक स्वास्थ्य उत्पाद ऑफर कर सकती हैं परंतु ऐसे उत्पादों का प्रीमियम तीन वर्षों के प्रत्येक ब्लॉक की अवधि तक अपरिवर्तित रहे तत्पश्चात प्रीमियम को पुनरीक्षित कर आवश्यकतानुसार संशोधन किया जा सकता है।

c) गैर जीवन तथा एकांगी बीमा कंपनियाँ न्यूनतम एक वर्ष तथा अधिकतम तीन वर्ष की अवधि तक के व्यक्तिगत स्वास्थ्य उत्पाद ऑफर कर सकती हैं – बशर्ते उसके प्रीमियम में पूरे कार्यकाल तक कोई बदलाव न हो ।

d) सामूहिक स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियाँ किसी भी बीमा कंपनी द्वारा ऑफर की जा सकती हैं – बशर्ते सभी ऐसे उत्पाद केवल एक वर्ष के नवीकरण अनुबंध के रूप में हों । परंतु गैर–जीवन तथा एकांगी स्वास्थ्य बीमाकार, सामूहिक व्यक्तिगत दुर्घटना योजनाएँ ऑफर कर सकती हैं जो एक वर्ष से कम अवधि के लिए हों या किसी विशिष्ट घटना को कवरेज प्रदान करती हों ।

e) समुद्रपारीय अथवा घरेलू यात्रा बीमा योजनाएँ केवल गैर जीवन तथा एकांगी स्वास्थ्य बीमा कंपनियों द्वारा ही प्रायोजित की जा सकती हैं या तो एकांगी योजना अथवा किसी मौजूदा स्वास्थ्य योजना के कवरेज के रूप में बशर्ते कि उसका प्रीमियम प्राधिकरण द्वारा फाइल व यूज प्रक्रिया के तहत अनुमोदित किया गया हो ।

4. स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए फाइल व यूज़ प्रक्रिया –

a) किसी भी स्वास्थ्य बीमा योजना को बीमाकार तब तक प्रचारित नहीं किया जाए जब तक कि उसे प्राधिकरण द्वारा फाइल व यूज प्रक्रिया के अनुसार पूर्वानुमोदन प्राप्त न हुआ हो।

b) किसी अनुमोदित स्वास्थ्य बीमा योजना की अनुवर्ती पुनरीक्षा अथवा संशोधन के लिए भी समय–समय पर जारी किए गए दिशा निर्देशों के अनुसार प्राधिकरण के पूर्वानुमोदन की आवश्यकता होती है।

i. प्राधिकरण द्वारा अनुमोदित किसी भी योजना की पुनरीक्षा अथवा संशोधन के बारे में उसकी प्रभावी तारीख से कम से कम तीन महीने पहले संबंधित पॉलिसी धारक को जानकारी दी जानी चाहिए । उक्त नोटिस में ऐसे पुनरीक्षण एवं संशोधन का विशेष रूप से प्रीमियम में बढ़ोतरी एवं अन्यथा परिवर्तन करने का समुचित कारण दर्शाया जाना चाहिए ।

ii. संबंधित विवरणिका में पॉलिसी की शर्तों के पुनरीक्षण व संशोधन तथा प्रीमियम की पूरी जानकारी प्रकटित की जाए ।

c) फाइल एवं यूज के पूर्वानुमोदन का आवेदन नियुक्त किए गए बीमांकक तथा बीमा कंपनी के मुख्य कार्यकारी अधिकारी द्वारा प्रमाणित किया जाए । साथ ही वह उन सभी प्रारूपों तथा प्रलेखों के साथ संलग्न किया जाए, जिन्हें प्राधिकरण द्वारा समय–समय पर निर्धारित किया जाता है ।

d) स्वास्थ्य बीमा योजना की निकासी (Withdrawl)

i. किसी स्वास्थ्य बीमा योजना की निकासी से पूर्व बीमाकार को, निकासी का कारण तथा मौजूदा बीमा धारक के उपचार का पूरा विवरण देते हुए प्राधिकरण से अनुमोदन लेना होगा।

ii. पॉलिसी प्रलेख में भविष्य में उसकी निकासी की संभावनाओं तथा पॉलिसी धारक हेतु उपलब्ध अन्य विकल्पों का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए ।

iii. यदि मौजूदा ग्राहक बीमाकार द्वारा भेजी गई सूचना का उत्तर नहीं देता है तो ऐसी स्थिति में वह पॉलिसी अपने नवीकरण की तारीख से ही अमान्य हो जाएगी । तत्पश्चात बीमाधारक को बीमाकार के पास उपलब्ध नई पॉलिसी, पोर्टेबिलिटी की शर्तों के आधार पर लेनी होगी ।

iv. निकासी के बाद वही योजनाएँ अन्य संभावित ग्राहकों को प्रस्तावित न की जाएँ ।

e) किसी योजना के समस्त विवरण जानकारी दिए जाने के पश्चात कम से कम वर्ष में एक बार, नियुक्त बीमांकक द्वारा समीक्षित किए जाएँ । यदि वह योजना वित्तीय रूप से अलाभकारी पाई जाए अथवा उसमें किसी प्रकार की कमी नजर आए तो नियुक्त बीमांकक उस योजना का गहन अवलोकन कर उसे फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत पुनरीक्षण हेतु प्रस्तुत कर सकता है।

f) किसी योजना के फाइल व यूज अनुमोदन के पाँच वर्ष पूरे होने के पश्चात नियुक्त बीमांकक उस योजना के निष्पादन का कमियों, ब्याज दरों, मुद्रास्फीति, व्यय तथा अन्य प्रासंगिक विवरणों की दृष्टि से पुनरावलोकन कर उपयुक्त औचित्य या संशोधनों के साथ फिर से अनुमोदन प्राप्त कर सकता है ।

5. स्वास्थ्य योजनाओं से संबंधित सामान्य प्रावधान –

a) स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को विभिन्न कवरेजों का प्रस्ताव देने हेतु अभिकल्पित किया जाता है ।

i. विशिष्ट आयुवर्गों एवं लिंग हेतु
ii. विभिन्न आयुवर्गों के लिए
iii. देशव्यापी सभी अस्पतालों में उपचार हेतु बशर्ते कि उस अस्पताल को परिभाषित किया गया हो ।
iv. केवल विशिष्ट अस्पतालों में उपचार हेतु बशर्ते कि, वहाँ की दरें प्रतिनिधिमूलक हों ।
v. विशिष्ट क्षेत्रों में उपचार के लिए यदि मॉर्बिडिटी दरें उपयुक्त हों ।

यदि उपर्युक्त विशिष्टताएँ पॉलिसी के विवरणिका, प्रलेखों तथा ब्रिकी प्रक्रिया में स्पष्ट रूप से दर्शाये गए हों ।

b) किसी पॉलिसी के बीमाधारक के लिए अलाभकारी होने की स्थिति में बीमाकार उसे अन्य स्वास्थ्य बीमा योजना लेने हेतु बाध्य नहीं करेगा।

c) बीमाकार द्वारा अपनी सभी स्वास्थ्य योजनाओं की संपूर्ण जानकारी अपनी वेबसाइटों पर मुहैया करवाई जाए। उस जानकारी में योजना का पूरा ब्यौरा, फाइल व यूज़ प्रक्रिया के तहत विवरणिका की अनुमोदित प्रतियाँ, प्रस्ताव फॉर्म, पॉलिसी प्रलेख तथा प्रीमियम की दरें – सेवा कर सहित तथा रहित समाविष्ट होना चाहिए ।

d) नामांकन एवं नियत कार्य

i. बीमा अधिनियम 1938 की धारा 39 के अनुसार सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को प्रस्ताव देते समय, नामांकन पंजीकृत करवाना चाहिए ।
ii. स्वास्थ्य बीमा योजनाओं का कोई भी असाइनमेंट इस बात पर निर्भर नहीं करता कि उसका कवरेज मुआवजे पर आधारित है या लाभ पर । ऐसा होने पर जीवन स्वास्थ्य संयोजन योजनाओं को बीमा अधिनियम 1938 की धारा 38 के अनुसार ही जारी किया जाए ।

e) प्रवेश एवं निकास की आयु

i. विनियम J के अतिरिक्त अन्य सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में सामान्यतः 65 वर्ष की आयु तक प्रवेश आयु का प्रावधान है।
ii. यात्रा बीमा योजनाओं तथा विनियम J एवं 4 (d) के अतिरिक्त यदि एक बार किसी पॉलिसी का प्रस्ताव स्वीकृत होकर पॉलिसी जारी कर दी जाती है तथा बाद में बिना किसी ब्रेक के सावधिक रूप से नवीकृत करवाई जाती है तो, भविष्य में भी धारक की आयु के आधार पर उसे रीन्यू करने से नकारा नहीं जा सकता ।

f) योजनाओं/पॉलिसियों का नवीकरण

i. कोई भी स्वास्थ्य बीमा योजना सामान्यतः नवीकृत हो सकती है, परंतु फ्रॉड, नैतिक हानि अथवा ग़बन या बीमाधारक के असहयोग की स्थितियों में इसका नवीकरण नहीं हो सकता ।
ii. किसी भी स्वास्थ्य बीमा योजना के नवीकरण को बीमाधारक की इच्छा के विरूद्ध नकारा नहीं जाएगा । यदि मना किया जाता है तो, उसके लिए पॉलिसी धारक को अस्वीकृति के ठोस कारण बताए जाएँ ।
iii. एक बीमाकार को कि स्वास्थ्य बीमा योजना को केवल इस आधार पर रीन्यू करने से मना नहीं करना चाहिए कि, बीमाधारक ने पिछले कुछ वर्षों में बीमे का दावा या दावे किए थे। केवल लाभ आधारित बीमे के अलावा क्योंकि इस प्रकार की योजनाओं में पॉलिसी अपने कवरेज वाली बीमारियों के लिए भुगतान करने के बाद अपने आप ही समाप्त हो जाती है।

660 GI/13-2

iv. बीमाकार को नवीकरण की निर्धारित तिथि से 30 दिन की अवधि तक करवाने हेतु एक मेकॉनिज्म अपनाना होगा । नवीकरण में होने वाले विलंब की अवधि को ब्रेक न समझा जाए । फिर भी इस अवधि के लिए कवरेज की उपलब्धता नहीं होगी ।

v. प्रमोशन–सामग्री तथा पॉलिसी प्रलेख में, पॉलिसी की समाप्ति के कारणों/स्थितियों का स्पष्ट रूप से उल्लेख होना चाहिए, जैसे कि गंभीर रोग लाभ पॉलिसियों में लाभार्थी के विशिष्ट रोग हेतु भुगतान करने के बाद पॉलिसी समाप्त हो जाती है।

g) फ्री लुक अवधि

i. सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में फ्री लुक अवधि होनी चाहिए । फ्री लुक अवधि पॉलिसी की शुरूआत से लागू हो जानी चाहिए और :–

1. बीमाधारक को पॉलिसी मिलने के बाद कम से कम 15 दिन का समय दिया जाएगा ताकि वह पॉलिसी की सभी शर्तों की पुनरीक्षा करे और स्वीकार्य न होने की स्थिति में पॉलिसी लौटा दे।
2. यदि बीमाधारक ने फ्री लुक अवधि के दौरान कोई दावा नहीं किया तो वह निम्नलिखित का हकदार होगा –

a) बीमाकार द्वारा बीमाधारक की चिकित्सकीय परीक्षा का कम भुगतान किए जाने पर इसके साथ स्टैम्प ड्यूटी शुल्क तथा प्रीमियम का रीफंड । अथवा ;

b) जहाँ जोखिम पहले ही हो चुका है और पॉलिसी धारक द्वारा पॉलिसी को वापस करने का प्रयास किया जा चुका हो, कवरेज अवधि के लिए आनुपातिक रिस्क प्रीमियम में कटौती अथवा ;

c) जब आंशिक रूप से जोखिम घट चुका हो, ऐसे आनुपातिक रिस्क प्रीमियम को उस अवधि के दौरान कवर किए गए रिस्क में सम्मिलित किया जाएगा ।

d) यूनिट लिंक्ड पॉलिसी के मामले में उपर्युक्त कटौतियों के अलावा बीमा धारक को उस यूनिट को फिर से उस यूनिट को, पॉलिसी की वापसी की तारीख की दर पर ही खरीदने का अधिकार होगा ।

h) प्री–इंश्यारेंस स्वास्थ्य चेकअप की लागत

i. किसी भी प्री इंश्योरेंस मेडिकल परीक्षण सामान्यतः प्रीमियम में अनुमत व्यय का एक भाग होता है। फिर भी एक वर्ष या उससे कम की योजनाओं में यदि ऐसी कीमत बीमाधारक को चुकानी होती है तो उसका लगभग 50% भाग प्रस्ताव स्वीकृत होने के बाद बीमाकार द्वारा वहन किया जाएगा, बजाय यात्रा बीमा योजनाओं के जहाँ ऐसी लागत की प्रतिपूर्ति की आवश्यकता नहीं होती ।

ii. बीमाकारों को ऐसे संस्थानों तथा उनके द्वारा वसूल किए जाने वाले शुल्क की सूची रखनी चाहिए जहाँ ऐसे प्री–इंश्योरेंस परीक्षण किए जा सकते हैं जहाँ की रिपोर्ट उनके द्वारा मान्य होती हैं ।

i) समेकित लाभांश

i. मुआवज़े पर आधारित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों पर बीमाकार लाभांश का प्रस्ताव दे सकते हैं जिसका उल्लेख विवरणिका तथा पॉलिसी प्रलेखों में स्पष्ट रूप से किया जाना चाहिए।

ii. यदि दावा किसी विशेष वर्ष में किया गया हो तो उस पर मिलने वाला समेकित लाभांश उसी दर से घट जाएगा जिस पर वह आरंभ हुआ था ।

iii. समेकित बोनस, लाभ--आधारित पॉलिसियों पर नहीं दिया जाता ।

j) उपयुक्त स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी पर प्रवसन

i. विशेष आयुवर्गों जैसे प्रसूति योजनाएँ, बच्चों तथा विद्यार्थियों आदि के लिए स्वास्थ्य बीमा प्रस्तावित करने वाले बीमाकारों को विशिष्ट निकास आयु अथवा पुरानी योजना के नवीकरण के समय, एक उपयुक्त स्वास्थ्य बीमा योजना को प्रवसन का विकल्प देना चाहिए बशर्ते कि पॉलिसी का अनुरक्षण बिना किसी व्यवधान या ब्रेक के किया गया हो।

k) सभी स्वास्थ्य बीमा

पॉलिसियों को अनुसूची I के अनुसार किसी भी अन्य पॉलिसी की पोर्टेबिलिटी की अनुमति होनी चाहिए ।

l) आयुष कवरेज

i. बीमाकारों द्वारा गैर एलोपॅथिक उपचारों का कवरेज भी दिया जा सकता है – बशर्ते कि वह उपचार किसी सरकारी अस्पताल में करवाया गया हो अथवा किसी सरकारी मान्यता प्राप्त अथवा, भारतीय क्वालिटी परिषद अथवा अन्य उपयुक्त संस्थानों द्वारा मान्यता प्राप्त हो ।

ii. लाभ–आधारित योजनाओं पर (i) लागू नहीं होगा ।

m) प्रकटन/घोषणाएँ –

i. इन विनियमों के संबंध में स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी में अनिवार्य रूप से निम्नलिखित सूचनाएँ समाहित हों,

1. पॉलिसी के नवीकरण की शर्तो का प्रकटन
2. आयु के बढ़ने के अनुसार कवरेज एवं प्रीमियम का प्रकटन
3. नवीकरण की अधिकतम आयु का प्रकटन/यदि योजना एक विशिष्ट आयु वर्ग हेतु प्रस्तावित है तो उसके अन्य योजनाओं को प्रवसन का प्रकटन ।
4. पॉलिसी की एक निश्चित अवधि के उपरांत कवर के दायरे में बदलाव अथवा एक निश्चित आयु के बाद जैसे पहले से मौजूद रोगों के कवरेज तक सीमित न रहना।
5. क्या नवीकरण प्रीमियम की गारंटी है अथवा पुनरीक्षण के आधार पर ।
6. विशिष्ट परिस्थितियों का विवरण जहाँ बीमाकार द्वारा प्रीमियम का भार बढ़ाया जा सकता है (अथवा डिस्काउंट की समाप्ति) और किस हद तक किया जाएगा।
7. बीमा राशि अथवा कवरेज के दायरे को बढ़ाने की प्रक्रिया एवं शर्तें, यदि कोई हैं ;
8. सभी निकासी, निरस्तीकरण स्थितियाँ तथा
9. विनियमों, दिशानिर्देशों, परिपत्रों आदि के अनुसार अन्य पहलू विज्ञापनों तथा प्रकटन की आवश्यकता ।

ii. घोषणाओं को केवल प्रस्ताव प्रपत्र के एक भाग के रूप में ही रखा जाए और उन्हें पॉलिसी प्रलेख में शामिल न किया जाए । प्रस्ताव प्रपत्र में मानक घोषणाएँ निम्नानुसार होंगी –

1. 'मैं/हम अपनी ओर से तथा उन सभी व्यक्तियों की ओर से जिनका बीमा प्रस्तावित है, यह घोषणा करते हैं कि उपर्युक्त कथन, उत्तर तथा/या मेरे द्वारा प्रस्तुत समस्त विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सभी मायनों में सही एवं पूर्ण है तथा मैं/हम इन अन्य व्यक्तियों की ओर से प्रस्ताव रखने हेतु प्राधिकृत है ।
2. मैं समझता हूँ कि मेरे द्वारा प्रदान की गई सूचना बोर्ड द्वारा बीमा कंपनी की अनुमोदित जोखिम अंकन नीति के अनुरूप बीमा पॉलिसी का आधार बनेगी तथा पॉलिसी, पूर्ण देय प्रीमियम की प्राप्ति के बाद ही लागू होगी ।

3. मैं/हम आगे यह भी घोषणा करते हैं कि प्रस्ताव प्रस्तुत करने के बाद परंतु कंपनी द्वारा जोखिम स्वीकृति का संप्रेषण प्राप्त होने से पहले, बीमित/प्रस्तावित व्यक्ति के सामान्य स्वास्थ्य अथवा व्यवसाय में किसी प्रकार का परिवर्तन होने पर उसकी सूचना लिखित रूप में दी जाएगी ।
4. मैं/हम घोषण करते हैं तथा कंपनी को अपनी सहमति देते हैं कि वे कभी भी बीमित/प्रस्तावित व्यक्ति के संबंध में, वह जिस अस्पताल में इलाज पाया है या जिस डॉक्टर ने उसका इलाज किया हैं उनसे, स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्राप्त कर सकते हैं या बीमित/प्रस्तावित व्यक्ति के भौतिक या मानसिक स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विषयों के संबंध में पूर्व या वर्तमान नियोक्ता से सूचना प्राप्त कर सकते है और किसी भी बीमा कंपनी से यह सूचना प्राप्त कर सकते हैं जहाँ किसी बीमित/प्रस्तावित व्यक्ति की लाइफ पर जोखिम अंकन, दावे की समाप्ति के उद्देश्य से आवेदन किया गया है।
5. मैं/हम इस कंपनी को स्वास्थ्य संबंधी अभिलेखों सहित मेरे प्रस्ताव संबंधी सभी सूचनाएँ, केवल प्रस्ताव का जोखिम अंकन तथा/या दावे के भुगतान के उद्देश्य हेतु तथा किसी भी सरकारी तथा/या विनियामक प्राधिकरण से शेयर करने को अधिकृत करते हैं।

n) स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के तहत शब्दों की मानक परिभाषा –

i. सभी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में प्रयुक्त वाक्यांश एवं शब्दों का 'मानक परिभाषाओं' में निर्धारित अर्थ होना चाहिए । जिसे समय–समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किया जाता है।

o) गंभीर/जटिल रोगों हेतु मानक तथा प्रक्रियाएँ – 'जटिल रोग कवरेज' देने वाली पॉलिसियाँ प्राधिकरण द्वारा समय–समय पर परिभाषित होती हैं ।

p) अस्पताल –मुआवजा पॉलिसियों में शामिल न किए जाने वाले व्ययों ; की मानक सूची ;

i. अस्पताल मुआवजा पॉलिसियों में सामान्यतः प्राधिकरण द्वारा समय–समय पर निर्धारित मदों की सूची शामिल नहीं होती ।
ii. फिर भी बीमाकार द्वारा अस्पताल में भर्ती के समय होने वाले व्यय निकाले गए मदों की सूची अथवा सूची में शामिल न होने वाले मदों के कवरेज का प्रस्ताव दिया जा सकता है – बशर्ते कि ऐसे संशोधनों का उल्लेख स्पष्ट रूप से किया जाए और संशोधित सूची बीमा प्रलेख के साथ संलग्न हो ।

q) वरिष्ठ नागरिकों हेतु विशेष प्रावधान –

i. वरिष्ठ नागरिकों को ऑफर की जाने वाली स्वास्थ्य बीमा योजनाएँ औचित्यपूर्ण, पारदर्शी एवं स्पष्ट रूप से वर्णित होनी चाहिए । वरिष्ठ बीमाधारकों को किसी भी प्रकार के अतिरिक्त प्रीमियम के संबंध में लिखित जानकारी दी जाए । पॉलिसी जारी करने से पूर्व बीमाधारकों से ऐसे प्रभारों के भुगतान की विशेष सम्मति ले ली जाए ।
ii. सभी स्वास्थ्य बीमाकारों को वरिष्ठ नागरिकों की शिकायतों के निवारण, स्वास्थ्य बीमा से संबंधित दावों के बारे में संबोधित करने के लिए एक अलग चैनल स्थापित करना चाहिए।

r) एकाधिक पॉलिसियाँ –

i. यदि किसी बीमाधारक एक निश्चित अवधि के दौरान, एक या अधिक बीमाकारों से दो या उससे अधिक पॉलिसियाँ लेता है तो ऐसे में कंट्रिब्युशन क्लॉस लागू नहीं होगा जब कवर/लाभ ऑफर किया जाएगा ।

1. वह स्थिर (fQक्स्ड) प्रकृति का होगा ।

2. चिकित्सा लागत से उसका कोई संबंध नहीं होगा ।

ii. एकाधिक पॉलिसियों के संबंध में जो स्थिर लाभ प्रदान करती हों – बीमा से संबंधित घटना घटने की स्थिति में बीमा धारक ऐसी अन्य पॉलिसियों से हटकर, स्वतंत्र रूप से संबंधित पॉलिसी के तहत दावा कर सकता है।

iii. यदि किसी बीमाधारक द्वारा एक निश्चित अवधि के दौरान, एक या अधिक व्यक्तियों से उपचार राशि के मुआवजे हेतु स्वास्थ्य पॉलिसी ली जाती है तो ऐसे में, बीमाकार कंट्रिब्यूशन क्लॉस लागू नहीं करेगा लेकिन बीमाधारक को यह अधिकार होगा कि वह अपनी किसी भी पॉलिसी के तहत अपने दावे का सेटलमेंट करे ।

1. इस सभी मामलों में चुनिंदा पॉलिसी जारी करने वाले बीमाकार को दावे का सेटलमेंट कृतज्ञतापूर्वक कंट्रीबयूशन क्लॉस के लिए जिद किए बिना कर दो चाहिए – बशर्ते कि, किया गया दावा चुनिंदा पॉलिसी की सीमा के भीतर तथा उसकी शर्तों के अनुसार किया गया हो ।
2. यदि दावे की राशि सिंगल पॉलिसी की बीमा राशि से अधिक हो तो, बीमाधारक को दावे का सेटलमेंट करने वाले बीमाकारों को चुनने का अधिकार होगा । ऐसे मामलों में बीमाकार दावे को कंट्रीब्यूशन क्लॉस के आधार पर सेटल कर सकता है।
3. लाभकारी पॉलिसियों के अतिरिक्त एक से अधिक बीमाकार से पॉलिसियाँ बनवाता है तो ऐसे में बीमाधारक को केवल अस्पताल में भर्ती होने का मुआवजा, पॉलिसी की शर्तों के आधार पर मिलेगा ।

6. **जोखिम अंकन – (Underwriting)**

a. सभी बीमा कंपनियों को स्वास्थ्य बीमा जोखिम अंकन पॉलिसी अपनानी चाहिए जो कंपनी बोर्ड द्वारा अनुमोदित हो । अन्य मुद्दों के साथ–साथ कंपनी को एक प्रस्ताव प्रपत्र भी निर्धारित करना चाहिए , जिसमें एक स्वास्थ्य पॉलिसी खरीदने के पूर्ण विवरण दिए जाने चाहिए । ऐसे प्रपत्र में कंपनी की कथित पॉलिसी को अंडरराइट करने हेतु आवश्यक समस्त जानकारी समाहित होनी चाहिए ।

b. इस पॉलिसी को प्राधिकरण में फाइल किया जाए। कंपनी को इस पॉलिसी को आवश्यकतानुसार संशोधित करने का अधिकार होगा परंतु प्रत्येक संशोधन को प्राधिकरण में दर्ज/फाइल करना आवश्यक होगा ।

c. स्वास्थ्य बीमा से संबंधित कोई भी प्रस्ताव बोर्ड की अनुमोदित अंडरराइटिंग पॉलिसी के आधार पर स्वीकृत अथवा अस्वीकृत किया जा सकता है। किसी प्रस्ताव की अस्वीकृति को लिखित में समुचित कारणों सहित प्रॉस्पेक्ट को संप्रेषित किया जाएगा ।

d. बीमाधारक को अंडरराइटिंग से संबंधित अतिरिक्त प्रभार प्रीमियम से बढ़कर या अतिरिक्त के बारे में पहले से ही सूचित कर पॉलिसी जारी करने से पूर्व ही बीमाधारक से विशेष सहमति ले ली जाए ।

e. यदि कोई बीमाकार कंपनी को आगे कोई सूचना अपेक्षित हो जैसे पॉलिसी के एक निश्चित स्तर अथवा नवीकरण के समय व्यवसाय में परिवर्तन तो उसे –

i. बीमाधारक से निर्धारित प्रपत्र भरवाकर, उसे उन प्रपत्रों को पॉलिसी प्रलेखों के एक भाग के तौर पर संलग्न करना चाहिए ।

ii. उन घटनाओं/स्थितियों को स्पष्ट रूप से उद्धृत करे जिनमें उक्त जानकारी की आवश्यकता पड़ सकती है।

iii. ऐसी स्थिति में लागू होने वाली शर्तों का वह स्पष्ट रूप से उल्लेख करे ।

f. बीमाकारों को पॉलिसी धारकों को शीघ्र प्रवेश निरंतर नवीकरण ऐच्छिक/लाभकारी दावों आदि की ओर आकर्षित करने हेतु प्रोत्साहन योजनाओं अथवा नये मॅकानिज्म को

अपनाना चाहिए । उस मॅकानिज्म अथवा प्रोत्साहन योजनाओं का स्पष्ट रूप से विवरणिका तथा पॉलिसी प्रलेख में फाइल व यूज के तहत अनुमोदन के आधार पर प्रकटन किया जाए ।

7. स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के मूल्यांकन के सिद्धांत –

a) स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी का प्रीमियम निम्नलिखित तथ्यों पर आधारित होगा –

i. व्यक्तिगत पॉलिसियों के लिए पॉलिसी की शुरुआत अथवा उसके नवीकरण की तारीख पर प्रस्तावक की पूर्ण आयु ।

ii. फैमिली फ्लोटर के तहत कवर करने हेतु प्रावधान सभी पारिवारिक सदस्यों के कवरेज का प्रस्ताव होने पर बहु इंसीडेंस दरों के आधार पर ।

b) पॉलिसी प्रीमियम अपरिवर्तित रहेगा –

i. कवरेज की समूची अवधि के लिए सभी सामूहिक और यात्रा बीमा योजनाओं के लिए ।

ii. यात्रा बीमा योजनाओं के अलावा सभी व्यक्तिगत एवं फैमिली फ्लोटर योजनाओं के लिए जिसकी न्यनतम अवधि होगी –

1. एक वर्ष की नवीकरण योजनाओं के लिए एक वर्ष की अवधि –

2. बहुवर्षीय योजनाओं के मामले में 3 (b) तथा 3 (c) में वर्णित अवधि के अनुसार ।

c) फाइल व यूज के तहत अनुमोदित योजनाओं में तीन वर्ष की अवधि के बाद समान्यतः प्रीमियम नहीं बदला जाएगा । इसके उपरांत बीमाकार, प्रीमियम दरों में अनुभव के आधार पर परिवर्तन कर सकता है, ऐसी दरें भी प्राधिकरण के अनुमोदन की तिथि से कम से कम एक वर्ष तक अपरिवर्तित रहेंगी ।

d) दरों में परिवर्तन, प्राधिकरण के अनुमोदन की तिथि से लागू होगा और तत्पश्चात ये दरें नई भावी योजनाओं पर तथा नवीकरण की तारीखों से लागू होंगी ।

e) बीमाकार द्वारा किए गए मूल्यन के औचित्य का मूल्यांकन, वित्तीय दीर्घकालिकता तथा पॉलिसी की दरों, भारिता, गारंटी एवं डिस्काउंट से संबंधित लाभकारिता के आधार पर किया जाएगा ।

f) फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत किसी योजना को फाइल करते समय बीमाकार को निम्नलिखित जानकारी प्रस्तुत करनी होगी ।

i. संपूर्ण मूल्यन–विवरण जिसमें प्रीमियम निर्धारण हेतु अपनाई जाने वाली प्रणाली, प्रयुक्त डाटा Ûोतों सहित शामिल किया गया हो ।

ii. संभावित तथ्यों में अपेक्षित दावों की आवृत्ति तथा आयु वर्गों के अनुसार दावे की गंभीरता अपेक्षित व्यय आदि शामिल होंगे ।

iii. विशिष्ट भार, यदि कोई हों ;

iv. विभिन्न मॉडल बिंदुओं पर लाभ का मार्जिन अथवा हानि का अपेक्षित अनुपात और समूचे पोर्टफोलियों में संभावित संयुक्त/समेकित अनुपात ।

v. योजना के लिए अंडरराइटिंग क्षमता तथा बीमाकार के पास उपलब्ध वास्तविक क्षमता।

vi. व्यवसाय के प्रबंधन की प्रतिधारण क्षमता ।

vii. आंतरिक क्षमता निर्माण उपाय, यदि हो तो प्रस्तावित योजना में पेश करने की आवश्यकता है , और

viii. प्रस्तावित योजना के लिए कोई अन्य संगत मेट्रिक ।

g) प्रीमियम दरों के पुनरीक्षण हेतु आवेदन प्राधिकरण के समक्ष फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत अनुमोदन हेतु प्रस्तुत किए जाएँ ।

i. मूल्य के पुनरीक्षण का औचित्य ;

ii. पूर्ववर्ती तीन वर्षों के दावों के अनुभव की तुलना, उसी तरह की योजना का अनुभव तथा भिन्नताओं के विवरण सहित प्रत्याशित अनुभव से करना ।

iii. अपेक्षित दावों के अनुभव तथा प्रस्तावित मूल्यन की संभावनाओं में यह विश्लेषण भी निहित हो कि प्रस्तावित मूल्यन कैसे अनुभूत प्रतिकूलताओं का समाधान करेगा ।

h) **नवीकरण का भार –**

i. नवीकरण का भार, समूचे पोर्टफोलियो हेतु प्रस्तावित प्रीमियम की वृद्धि और कमी की शर्तों पर होगा न कि किसी व्यक्तिगत पॉलिसी के दावे के अनुभव पर ।

ii. प्रस्तावित कटौतियाँ (डिस्काउंट) और भार ;

1. बीमाकार के विवेकाधिकार के अनुसार नहीं होंगे ।
2. एक वस्तुनिष्ठ/उद्देश्यपूर्ण मापदंड पर आधारित होंगे ।
3. विवरण पुस्तिका तथा पॉलिसी प्रलेख में मुख्य रूप में प्रकटित होंगे और वे फाइल एवं यूज प्रक्रिया के तहत अनुमोदित होंगे ।

i) **ऊपरी सीमा/अनुबंध में प्रस्तावित अधिकतम ऑफर** ;

i. यदि किसी लाभ आधारित स्वास्थ्य बीमा योजना में बीमाकार ने किसी विशेष लाभ अथवा कवर के लिए कोई ऊपरी सीमा निर्धारित कर रखी हो तो, बीमाकार उस ऊपरी सीमा से बढ़कर किसी अन्य कवर के प्रस्ताव को स्वीकार नहीं करेगा बशर्ते कि उस अतिरिक्त कवर के लिए अलग से भुगतान किया जाए ।

ii. कुल प्रीमियम पर उस प्रकार की कितनी अंतर्निहित सीमाएँ निर्धारित हैं इसकी संपूर्ण जानकारी फाइल एवं यूज में प्रस्तुत की जाए ।

iii. यदि कोई प्रस्ताव ऐसी ऊपरी सीमा से बढ़कर स्वीकार किया जाता है तो बीमाकार किसी दावे को इस आधार पर अस्वीकार नहीं कर सकता है कि, वह पॉलिसी उसके लिए निर्धारित ऊपरी सीमा को पार चुकी है।

iv. फिर भी बीमाकार ऐसी ऊपरी सीमा से अधिक कवर को रद्द कर सकता है तथा प्रीमियम का एक अनुपात लौटा देगा, यदि ;

1. प्रस्ताव के समय किसी पॉलिसी धारक ने मौजूदा तथा समानांतर पॉलिसी के विवरण अपने प्रस्ताव फॉर्म में प्रस्तुत ने किए हों।
2. यदि ऐसी पॉलिसी के बारे में ऊपरी सीमा से अधिक कवर स्वीकृत होने के बाद जानकारी दी गई हो ।
3. किसी अन्य बीमा कंपनी द्वारा ऐसी अन्य पॉलिसी की गई हो ।

8. **पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण –**

a) बीमा विनियामक एवं विकास प्राधिकरण (IRDA) (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 सभी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों पर लागू रहता है।

b) प्रत्येक बीमाधारक को एक प्रमुख सूचना पत्र प्रदान किया जाए जिसमें पॉलिसी संबंधी सभी महत्वपूर्ण लक्षण, उसके दावे की सीमाएँ, अस्वीकृतियाँ आदि के बारे में संक्षिप्त जानकारी सरल भाषा में स्पष्ट रूप से दी जानी चाहिए । प्राधिकरण द्वारा ऐसे प्रलेख निर्धारित किए जाएँ ।

c) बीमाकार को आवश्यक प्रणालियों, प्रक्रियाओं, कार्यालयों तथा आधारिक संरचना आदि की व्यवस्था करनी चाहिए ताकि वह 24 घंटों के आधार कुशलतापूर्वक पूर्व प्राधिकार पत्र जारी करने तथा दावों तथा शिकायतों का निवारण करने हेतु समर्थित हो सके ।

d) बीमाकार द्वारा दावे का निपटारा/अस्वीकृति

i. एक बीमाकार को अंतिम 'अपेक्षित' प्रलेख की प्राप्ति के 30 दिन के भीतर दावों का निपटारा अथवा अस्वीकृति कर देना चाहिए ।

ii. संदिग्ध 'फ्रॉड' के कुछ मामलों के अलावा, सामान्यतः पॉलिसी की शर्तों की सूची में शामिल न होने वाला कोई भी प्रलेख 'आवश्यक' नहीं समझा जाएगा । बीमाकार यह सुनिश्चित कर ले कि दावों की प्रक्रिया हेतु सभी अपेक्षित प्रलेखों को एक ही समय पर मांगा जाएगा न कि बार–बार ।

iii. बीमाकार द्वारा प्रस्ताव प्रपत्र में प्रस्ताव स्वीकार करते समय एकत्रित की गई जानकारी पॉलिसी के तहत प्रस्तावित शर्तों, पूर्व में किए गए दावों में प्रकटित चिकित्सकीय इतिहास आदि समस्त जानकारी का अनुरक्षण एक इलेक्ट्रॉनिक रिकॉर्ड के रूप में किया जाना चाहिए । दावे का निपटारा करते समय, दुबारा बीमाधारक से पूछताछ नहीं की जानी चाहिए । यदि कोई सूचना मांगी जाती है तो उसे 'आवश्यक' नहीं समझा जाएगा ।

iv. यदि दावे की स्थिति/घटना दो पॉलिसियों की अवधि के बीच में सृजित होती है तो दावे का भुगतान दो पॉलिसी अवधियों में बीमित राशि के आधार पर किया जाना चाहिए। भुगतान के समय प्रत्येक पॉलिसी की अवधि की कटौतियों को भी शामिल किया जाए । बीमाधारक को इस उपयुक्त राशि का भुगतान करते समय उसमें से अगले प्रीमियम की/नवीकरण की राशि को काट लिया जाए यदि उसका भुगतान न किया गया हो ।

v. बीमाकार द्वारा एक अवधि निर्धारित की जाए जिसके भीतर बीमा/पॉलिसी धारक दावे के लिए आवश्यक प्रलेख प्रस्तुत कर सकें । फिर भी उस अवधि के बाद भी दावे फाइल होने की स्थिति में विलंब के कारणों के औचित्य को ध्यान में रखते हुए दावों को स्वीकार कर लिया जाना चाहिए ।

e) **पॉलिसी प्रलेखन हेतु न्यूनतम प्रकटन** – आई.आर.डी.ए. (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम, 2000 के अलावा पॉलिसी प्रलेख में निम्नलिखित का समावेश होना चाहिए।

i. इस विनियम द्वारा अपेक्षित प्रकटनों की सूची ।

ii. दावों की प्रस्तुति समय सीमाओं तथा संभावित कार्रवाई की प्रक्रिया, यदि दावों की प्रस्तुति के लिए समय सीमा का पालन न किया जाए तो सभी दावा प्रलेखों के लिए दावा प्रक्रिया की आवश्यकता होती है।

iii. स्वास्थ्य बीमस योजनाओं में प्रस्तावित किसी कवर की उप सीमाओं तथा ऐसी उप–सीमाओं का उस योजना में प्रस्तावित अन्य कवरों पर पड़ने वाले प्रभाव आदि को स्पष्ट रूप से समझाया जाए ।

iv. विनियम 9 (6) (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम 2002 के अनुसार पॉलिसी प्रलेख में दंड स्वरूप ब्याज का प्रावधान अभिन्न रूप से समाविष्ट किया जाए।

v. टी.पी.ए. का विवरण, यदि कोई हो तो उसके पूरे पते तथा संपर्क (फोन) नंबरों के साथ पॉलिसी प्रलेख से संलग्न किया जाए । टी.पी.ए. के बदलने पर उपर्युक्त जानकारी अद्यतन की जाए।

9. **स्वास्थ्य पॉलिसियों को स्वीकारना** –

a) किसी पॉलिसी की शर्तों के आधार पर बीमाकार द्वारा सभी पॉलिसी धारकों को एक सुनिश्चित प्रतिष्ठान में इलाज करवाने हेतु निःशुल्क सुविधा प्रदान की जानी

चाहिए अथवा किसी भी चिकित्सा केन्द्र में इलाज करवाने पर उन्हें उसके व्यय की प्रतिपूर्ति की सुविधा दी जाए ।

b) निःशुल्क सुविधा केवल उन्हीं प्रतिष्ठानों हेतु प्रस्तावित की जाए जिन्होंने चिकित्सा सेवाएँ प्रदान करने हेतु बीमाकार से अनुबंध किया हो । इन स्थापनों को 'नेटवर्क प्रोवाइटर' कहा जाता है । प्रतिपूर्ति की अनुमति किसी भी चिकित्सा प्रतिष्ठान हेतु दी जा सकती है। इन सभी केन्द्रों/स्थापनों/प्रतिष्ठानों का, आवश्यकतानुसार किसी स्थानीय राज्य अथवा राष्ट्रीय विधि द्वारा लाइसेंस्ड अथवा पंजीकृत होना अनिवार्य है ।

c) समस्त स्वास्थ्य एवं जीवन संयोजन योजनाओं का प्रबंधन इस विनिमय की अनुसूची II के अनुसार होना चाहिए जिसमें समय–समय पर प्राधिकरण द्वारा संशोधन किया जाता है।

d) आपात स्थितियों के अलावा निःशुल्क सुविधा के लिए बीमाकार अथवा टी.पी.ए. द्वारा पूर्व प्राधिकार पत्र उस नेटवर्क प्रोवाइडर के नाम से जारी किया जाना होता है जहाँ उपचार करवाया जाना हो । प्राधिकरण द्वारा एक मानक पूर्व प्राधिकार प्रपत्र तथा दावे के मानक प्रतिपूर्ति प्रपत्र निर्धारित किए जा सकते हैं – जिनका प्रयोग इस प्रयोजनार्थ किया जाएगा ।

e) निःशुल्क सुविधा का लाभ उठाने के लिए बीमाकारों द्वारा बीमाधारक को पॉलिसी जारी करने के 15 दिनों के भीतर, टी.पी.ए. द्वारा या स्वयं एक परिचय पत्र जारी करना चाहिए।

f) परिचय पत्र पर पॉलिसी तथा पॉलिसी धारक का ब्यौरा तथा बीमाकार का लोगो होना चाहिए । कार्ड की मान्यता समय–समय पर नवीकृत पॉलिसी की शर्तों के अनुसार होनी चाहिए । बीमाकार परिचय पत्र के बजाय स्मार्टकार्ड भी जारी कर सकते हैं ।

g) जब किसी पॉलिसी धारक को किसी निर्दिष्ट अस्पताल में उक्त प्रक्रिया हेतु पूर्व प्राधिकार प्रदान कर दिया जाता है अथवा पॉलिसी धारक द्वारा पहले से ही उस अस्पताल में उपचार करवाया जा रहा है यदि उस अस्पताल को नेटवर्क प्रोवाइडर की सूची से हटाया जा रहा है तब बीमाकार को ऐसे पॉलिसी धारक को उसी अस्पताल में अपना इलाज करवाने हेतु निःशुल्क सुविधा पूर्ववत जारी रखना चाहिए ।

h) बीमाकार द्वारा अपने बीमाधारक को नेटवर्क प्रोवाइडरों की सूची से अवगत करवाते रहना चाहिए । उस सूची को अद्यतन कर उसे अपनी तथा नियुक्त टी.पी.ए. के कार्यालय की वेबसाइट पर दर्शाना चाहिए । नेटवर्क प्रोवाइडरों में बदलाव होने की स्थिति में सूचित किया जाए ।

i) बीमाधारक की बीमाकार के सभी नेटवर्क प्रोवाइडरों तक निःशुल्क सुविधा हेतु तब तक पहुँच होती है जब तक कि बीमाकार का नेटवर्क प्रोवाइडर के साथ एक मान्य सेवा अनुबंध होता है। टी.पी.ए. के बदलने के बावजूद भी नेटवर्क प्रोवाइडर अपरिवर्तित रहते हैं ।

j) नेटवर्क प्रोवाइडरों के विभाजन, दावों के हस्तांतरण तथा उनके सेवा क्षेत्रों के बाहर के लेन–देन हेतु एक बीमा कंपनी अन्य बीमा कंपनियों के साथ अनुबंध कर सकती है।

10. बीमाकारों , नेटवर्क प्रोवाइडरों तथा टी.पी.ए. के बीच अनुबंध –

a) बीमा कंपनियाँ अपने पॉलिसी धारकों को निःशुल्क सेवाएँ प्रदान कर सकती हैं बशर्ते –

i. सेवाएँ उन नेटवर्क प्रोवाइडरों को प्रस्तावित की जाएँगी जिन्हें स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने हेतु सीधे बीमाकार के साथ अनुबंधित किया गया है अथवा स्वास्थ्य सेवा प्रोवाइडर, टी.पी.ए. तथा बीमाकार के बीच अनुबंध किया गया हो ।

ii. ऐसे अनुबंधों में प्राधिकरण द्वारा समय–समय पर मानक खंड शामिल किए जाएँ । जैसे (बी) में कहा गया है ।

iii. बीमाकारों नेटवर्क प्रोवाइडरों/टी.पी.ए. के साथ किए गए अनुबंध में अन्य मुद्दों के साथ–साथ निम्नलिखित बाते भी कवर की जाएँ ।

1. नेटवर्क प्रोवाइडरों द्वारा प्रदत्त विभिन्न प्रकार की स्वास्थ्य सेवाओं पर लागू होने वाली दर ।
2. बीमाकार के सशक्तीकरण हेतु अनुबंध में एक खंड अलग से रखा जाए जिसके अनुसार किसी फ्रॉड, कुप्रतिनिधित्व, सेवा की अपर्याप्तता अथवा अन्य प्रकार के अननुपालन अथवा टी.पी.ए. अथवा नेटवर्क प्रोवाइडर की ओर से डीफॉल्ट होने पर अनुबंध को रद्द अथवा संशोधित किया जा सके । बशर्ते कि ऐसा निरस्तीकरण अथवा संशोधन बीमाकार द्वारा तब तक न किया जाए जब तक कि संबंधित टी.पी.ए./नेटवर्क प्रोवाइडर अपना पक्ष न रख दें ।
3. अनुबंध एक ऐसा खंड भी स्थाई रूप से रखा जाए जिसके तहत टी.पी.ए. के बदल जाने अथवा अनुबंध के रद्द होने जाने के बाद भी नेटवर्क प्रोवाइडर निरंतर रूप से बीमा कंपनी को अपनी सेवाएँ प्रदान करता रहे ।
4. टी.पी.ए. द्वारा नेटवर्क प्रोवाइडर को दी जा रही सेवा की अपर्याप्तता के कारणों के आधार पर, नेटवर्क प्रोवाइडर के मौजूदा टी.पी. से अलग हो जाने का खंड भी अनुबंध में शामिल किया जाए ।
5. किसी बीमा कंपनी द्वारा टी.पी.ए. को दी जा रही सेवाओं हेतु देय शुल्क तथा अन्य प्रभारों को स्पष्ट करने वाला खंड ।
6. केवल बीमा कंपनी को ही दावे को नकारने की शक्ति प्रदान करने हेतु एक विशेष खंड (क्लॉस)
7. **(a)** बीमाकार को किसी भी समय बिना पूर्व सूचना के नेटवर्क प्रोवाइडर के परिसर का निरीक्षण करने हेतु समर्थता प्रदान करने संबंधी खंड।

   (b) समय–समय पर प्राधिकरण इस प्रकार के समझौतों में सम्मिलित करने हेतु मानक परिच्छेद प्रदान कर सकता है ।

   (c) बीमा कंपनी को यह प्रयास करना चाहिए कि पर्याप्त मात्रा में भौगोलिक विस्तार के साथ पर्याप्त संख्या में सरकारी एवं निजी नेटवर्क प्रोवाइडरों के साथ समझौते करें ।

11. नेटवर्क प्रोवाइडरों को भुगतान तथा पॉलिसी धारकों के दावों का निपटारा –

दावों के निपटारों के उद्देश्य से बीमाकार द्वारा नेटवर्क प्रोवाइडर तथा पॉलिसी धारकों को सीधा भुगतान करना चाहिए । इस प्रयोजन के लिए वह अपनी बैंकिंग प्रणाली को नेटवर्क प्रोवाइडर अथवा बीमाधारक के साथ एकीकृत कर सकता है । ऐसा होने पर यदि कोई दावेदार चेक अथवा डिमांड ड्राफ्ट के माध्यम से भुगतान करना चाहता है तो, बीमाकार को उसका अनुरोध अस्वीकार नहीं करना चाहिए ।

12. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों के संबंध में टी.पी.ए. द्वारा प्रस्तावित सेवाएँ –

a) बीमाकार परिभाषित सेवाओं के प्रावधान हेतु आई.आर.डी.ए. (थर्ड पार्टी प्रशासक) विनियम 2001 के अनुसार एक मान्य लाइसेंस धारी टी.पी.ए. के साथ अनुबंध में शामिल हो सकता है।

b) टी. पी.ए. द्वारा प्रस्तावित सेवाओं में निम्नलिखित शामिल नहीं होंगे –

i. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों से संबंधित निपटारे तथा अस्वीकृतियाँ ; फिर भी टी.पी.ए. दावों का निपटारा करने तथा दावों के भुगतान हेतु बीमाकार को सिफारिश कर सकती है, परंतु बीमाकार द्वारा टी.पी.ए. को दावों के आकलन तथा दक्षता आवश्यकताओं के संबंध में, आंतरिक नियंत्रण आवश्यकताओं, दावे का आकलन तथा स्वीकृति प्रक्रिया आवश्यकताओं इत्यादि का समझौते के अधीन सविवरण निर्देश प्रदान करना चाहिए ।

ii. पॉलिसी धारक अथवा बीमा धारक या किसी अन्य व्यक्ति को सीधी सेवाएँ प्रदान करना जब तक कि वह सेवा अनुबंध में वर्णित है । शर्तों के आधार पर अनुबंध में वर्णित हों ।

c) पॉलिसी धारकों को हर समय स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने के लिए टी.पी.ए. के पास आधारिक संरचना होनी चाहिए ।

d) **दावों का निपटारा एवं अस्वीकृति** –

i. टी.पी.ए. को सौंपे गए सभी प्रलेखों को इलेक्ट्रॉनिक रूप से एकत्रित करके बीमाकारों को दावे के निपटारे अथवा अस्वीकृति पर निर्णय लेने के लिए अग्रेषित किया जाना चाहिए।

ii. टी.पी.ए. द्वारा दावों के निपटारे/अस्वीकृति के संबंध में पत्राचार करते समय स्पष्ट रूप से निम्नलिखित कथन व्यक्त कर देना होगा ।
'बीमाकार के अनुदेशानुसार (बीमाकार का नाम) उपचार के विनिर्देशों/अस्वीकृति के आधार/रु. .....(राशि) का दावा स्वीकार/अस्वीकार किया जाता है। किसी अन्य स्पष्टीकरण के लिए आप बीमाकार से सीधा संपर्क कर सकते हैं।'

iii. उपर्युक्त कथन दावे के निपटारे अथवा अस्वीकृति के प्रत्येक दावे में पॉलिसी धारक को भेजे जाने वाले संप्रेषण का एक अनिवार्य भाग है।

iv. बीमाकार तथा टी.पी.ए. पॉलिसीधारक को सदैव उचित तथा पर्याप्त सेवा प्रदान करने हेतु जिम्मेदार होंगे ।

e) **गैर–स्वास्थ्य लाभ बीमा योजनाओं पर रोध** –

i. टी.पी.ए. द्वारा केवल आई.आर.डी.ए. (थर्ड पार्टी प्रशासक) विनियम 2001 द्वारा अनुमोदित स्वास्थ्य सेवाएँ ही प्रदान की जाएँ न कि कोई अन्य सेवाएँ ;

1. प्रत्यक्ष तथा अपरोक्ष रूप से गैर बीमा स्वास्थ्य सेवाएँ अथवा
2. प्रत्यक्षतः ऐसी स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को जिसका प्रोन्नयन, प्रायोजन अथवा अनुमोदन किन्हीं बीमा कंपनियों द्वारा नहीं अपितु सरकार अथवा सार्वजनिक उपक्रमों द्वारा किया गया हो ।
3. किसी पॉलिसी/बीमाधारक को प्रत्यक्ष अथवा परोक्ष रूप से –बीमाकार के साथ किए गए अनुबंध के अनुसार कुछ स्वास्थ्य सेवाओं को छोड़कर ।

13. टी.पी.ए. और बीमा कंपनी के बीच अनुबंध –

a) स्वयं बीमाकार और टी.पी.ए. द्वारा अनुबंध का दायरा परिभाषित किया जाए । टी.पी.ए.द्वारा प्रदत्त स्वास्थ्य एवं संबंधित सेवाएँ तथा पारिश्रमिक आदि । बशर्ते कि हर अनुबंध में किसी एक पक्ष अथवा आपसी सहमति से अथवा किसी फ्रॉड कुप्रतिनिधित्व, अपर्याप्तत सेवा, अननुपालन अथवा विलंब के आधार पर अनुबंध को रद्द करने का खंड भी शामिल किया जाए । ऐसा होने पर अनुबंध में ऐसा कोई तत्व न हो जो आई.आर.डी.ए. द्वारा निर्धारित पॉलिसी धारक के कल्याण, संरक्षण, सेवा मानकों तथा समय के मानकों को प्रतिबंधित अथवा संशोधित करता हो ।

b) टी.पी.ए. को दिया जाने वाला पारिश्रमिक बीमाकार को प्रदान की जाने वाली सेवाओं पर आधारित होना चाहिए न कि योजना/पॉलिसी अनुभव अथवा दावे की लागत या बीमाकार की हानि के अनुपात पर ।

c) टी.पी.ए. तथा बीमा कंपनी के बीच हुए अनुबंध की अथवा किसी भी प्रकार के संशोधन की एक प्रति, संशोधन के 15 दिनों के भीतर प्राधिकरण में फाइन की जाए ।

d) एक से अधिक टी.पी.ए. को बीमा कंपनी द्वारा नियुक्त किया जा सकता है और उसी प्रकार एक टी.पी.ए. एक से अधिक कंपनियों को अपनी सेवाएँ प्रदान कर सकता है।

e) प्राधिकरण द्वारा समय–समय पर न्यूनतम मानक खंड अनुबंध में शामिल करने हेतु निर्धारित किए जा सकते हैं ।

14. स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सर्विसिंग हेतु टी.पी.ए. का परिवर्तन –

a) टी.पी.ए. के बदलने की सूचना बीमाकार द्वारा अपने सभी पॉलिसी धारकों को बदलाव के 30 दिन पूर्व ही दी जानी चाहिए ।

b) नवनियुक्त टी.पी.ए. के हेल्पलाइन नंबरों, पतों आदि की सूचना सभी पॉलिसी धारकों हेतु यथाशीघ्र उपलब्ध करवाए जाने चाहिए ।

c) बीमाकार द्वारा पिछले टी.पी.ए. के सभी पॉलिसी धारकों का समस्त डाटा एकत्रित कर नवनियुक्त टी.पी.ए. को अविलंब हस्तांतरित किया जाए । यह सुनिश्चित कर लिया जाए कि इस बदलाव द्वारा पॉलिसी धारकों को किसी प्रकार की असुविधा का सामना न करना पड़े । इस संबंध में निम्नलिखित पहलुओं पर विशेष ध्यान दिया जाए ।

i. उन मामलों की अवस्थिति जिनमें मौजूदा टी.पी.ए. द्वारा पूर्व प्राधिकरण पहले ही जारी किया जा चुका हो ।

ii. उन मामलों की स्थिति जिनमें दावों के प्रलेख प्रोसेसिंग हेतु पहले ही टी.पी.ए. को सौंपे जा चुके हों ।

iii. उन दावों की स्थिति जिनमें टी.पी.ए. द्वारा प्रोसेसिंग पूरी की जा चुकी हो तथा भुगतान राशि बीमाकार/टी.पी.ए. के पास रूकी हुई हो ।

15. डाटा एवं संबंधित मुद्दे –

a) टी.पी.ए. और बीमाकार सभी दावों के डाटा हस्तांतरण हेतु एक निर्बाध प्रवाह प्रक्रिया स्थापित करें ।

b) संबंधित फाइलें, दावों के निपटारे अथवा अस्वीकृति के 15 दिनों के भीतर बीमाकार को सौंप दी जाएँ ।

16. प्राधिकरण में विवरणियों की प्रस्तुति –

a) स्वास्थ्य बीमा व्यवसाय चलाने वाली सभी बीमा कंपनियाँ, अनुसूची III के अनुपालनार्थ समस्त विवरणियाँ प्राधिकरण को प्रस्तुत कर दें ।

17. संक्रमणिक (Transitory) प्रावधान –

a) योजनाओं की निकासी

i. नियुक्त बीमांकक द्वारा प्रत्येक स्वास्थ्य योजना, समूह एवं व्यक्तिगत का कंपनी के पोर्टफोलियों में परीक्षण कर उन योजनाओं को सूचीबद्ध किया जाए जो इन विनियमों के प्रावधानों के अनुपालन में न हों। यह सूची नियुक्त बीमांकक द्वारा प्रमाणित तथा मुख्य कार्यकारी अधिकारी **(सीईओ)** द्वारा हस्ताक्षरित होने

के उपरांत 30.06..2013 को या उससे पूर्व प्राधिकरण के समक्ष प्रस्तुत की जाए।

ii. इस विनियम के अनुपालित न होने वाली सभी योजनाओं को निरस्त करके उन्हें न बेचा जाए ।

1. समूह योजनाओं के मामले में – 01 **जुलाई** 2013 से ।
2. व्यक्तिगत योजनाओं के मामले में – 01 **अक्टूबर**, 2013 से ।

iii. योजना के एक बार विद्ड्रॉ हो जाने के बाद उसमें नये सदस्यों को नामांकित न किया जाए ।

iv. फाइल हो चुकी ऐसी योजनाओं को आवेदकों को दुबारा आवेदन करने हेतु लौटा दिया जाए जिनके लिए प्राधिकरण का अनुमोदन प्रतीक्षित है।

b) **उपचारक उपाय** –

i. लाभ–प्रस्तावक, प्रीमियम आधारित अथवा डिस्काउंट ऑफर देने वाली योजनाओं को छोड़कर बीमाकार स्वयं अपनी ओर से योजनाओं के लक्षणों (फीचर्स) में संशोधन कर सकते हैं । ये उन संशोधनों से योजना का अनुपालन पर्याप्त रूप से हो पाता है तो, नियुक्त बीमांकक तथा मुख्य कार्यकारी अधिकारी प्रमाणपत्र के आधार पर उन परिवर्तनों को रिकॉर्ड कर, एक नई पहचान संख्या नई योजनाओं हेतु आवंटित करेंगे। इन मामलों में यदि यह पता चलता है कि कंपनी की यह दृढ़ता उचित नही तो प्राधिकरण को समुचित कार्रवाई करने का पूरा अधिकार होगा ।

ii. ऐसी योजनाएँ जो उपर्युक्त 2A के प्रावधानों के तहत कवर नहीं की जा सकतीं उन्हें समुचित रूप से संशोधित कर फाइल व यूज के तहत फिर से अनुमोदनार्थ प्रस्तुत किया जाए । ऐसे आवेदन टैबुलर रूप में चालू तथा पुनरीक्षित प्रावधानों सहित, मूल्यन आरक्षण, लाभआर्जित तथा अन्य संगत मेट्रिक्स के विश्लेषण के साथ प्रस्तुत किए जाएँ ।

iii. नवीकरण के समय सभी समूह पॉलिसियों को निम्नलिखित विकल्प प्रदान किए जाएँ–

1. समूह योजना के संशोधित, अनुमोदित संस्करण को अपनाने का, अथवा
2. पूर्व में जारी की गई पॉलिसी के निरंतर नवीकरण का परंतु ऐसे मामलों में, 1 अप्रैल, 2013 के बाद किसी नये सदस्य को नामांकित नहीं किया जाना चाहिए और समूह पॉलिसी धारक से पुरानी पॉलिसी जारी रखने संबंधी लिखित सहमति प्राप्त कर लिया जाए ।

c) सभी बीमाकारों द्वारा संभावित पॉलिसी धारकों को योजनाओं में होने वाले संभावित परिवर्तनों के बारे में सूचित करते हुए उन सभी को उसके संशोधित रूप को अपनाने (स्विच ओवर) करने के विकल्प से भी अवगत करवाया जाए ।

18. निरस्तीकरण एवं बचत –

a) स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के संबंध में पूर्व में जारी किए गए सभी दिशानिर्देश/स्पष्टीकरण/परिपत्र/पत्र आदि इस विनियम के लागू होने के उपरांत निरस्त माने जाएँगे ।

b) जब तक कि इन विनियमों द्वारा प्रावधान न किया जाए, इन विनियमों के लागू होने से पूर्व किए गए स्वास्थ्य बीमा अनुबंधों को अमान्य न समझा जाए ।'

660 GI/13-5

अनुसूची – I

जीवन तथा समान्य बीमाकारों द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों की सुवाह्यता ;

1. अन्य बीमा कंपनी को अपनी पॉलिसी पोर्ट करने के इच्छुक एक पॉलिसी धारक को उक्त बीमा कंपनी को प्रीमियम नवीकरण की तिथि से कम से कम 45 दिन पहले अपनी समूची पॉलिसी को पारिवारिक सदस्यों सहित (यदि हों तो) पोर्ट करने हेतु आवेदन देना होगा ।
2. यदि पॉलिसी धारक नये बीमाकार से प्रीमियम नवीकरण से कम से कम 45 दिन पहले संपर्क करने में असफल रहता है तो बीमाकार सुवाह्यता का प्रस्ताव देने हेतु बाध्य नहीं होंगा ।
3. किसी पॉलिसी धारक द्वारा उपर्युक्त (i) में वर्णित कथन के अनुसार ही सुवाह्यता अपनाई जाए न कि पॉलिसी के दौरान ।
4. पॉलिसी धारक द्वारा नवीकरण की तिथि से 45 दिन पूर्व संपर्क न कर पाने पर भी यदि बीमाकार उसके सुवाह्यता के प्रस्ताव पर विचार करने का इच्छुक है, ते वह इसके लिए स्वतंत्र है।
5. जबकि नवीकरण तिथि पर नये बीमाकार द्वारा सुवाह्यता की सहमति की प्रतीक्षा हो –

a) पॉलिसी धारक के अनुरोध पर अल्पावधि के लिए मौजूदा पॉलिसी को विस्तारित किया जा सकता है । इस अवधि के लिए प्रो–रेट प्रीमियम स्वीकृत किया जाए । यह अवधि कम से कम एक माह होनी चाहिए और ;

b) नये बीमाकार से पॉलिसी की पुष्टि प्राप्त होने अथवा बीमाधारक का विशेष लिखित अनुरोध प्राप्त होने तक मौजूदा पॉलिसी रद्द नहीं की जानी चाहिए।

c) इन सभी मामलों में नये बीमाकार द्वारा जोखिम उत्पन्न होने तथा अल्पावधि की तारीख की समाप्ति जो भी संगत हो – की गणना पहले से ही कर ली जानी चाहिए ।

d) यदि, किसी कारणवश बीमाधारक अपनी पॉलिसी को मौजूदा बीमाकार के साथ ही बनाए रखना चाहता है तो, नियमित प्रीमियम लेकर तथा कोई नई शर्तें लागू किए बिना उसे यह अनुमति दी जानी चाहिए ।

6. यदि पॉलिसी धारक ने 5(a) का प्रावधान चुना है और वह दावा प्रस्तुत करना चाहता है तो, मौजूदा बीमाकार द्वारा पॉलिसी के शेष भाग के लिए बकाया प्रीमियम की मांग कर सकता है – बशर्ते मौजूदा बीमाकार उन दावों को स्वीकार कर ले । ऐसे मामलों में पॉलिसी धारक पर, शेष अवधि के लिए प्रीमियम भरने का दायित्व रहेगा ।
7. उक्त सूचना प्राप्त होने पर बीमा कंपनी आवेदक को अनुसूची – I के दिशानिर्देशों के अनुसार सुवाह्यता प्रपत्र के साथ एक प्रस्ताव प्रपत्र तथा योजना से संबंधित प्रासंगिक साहित्य तथा विभिन्न प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा योजनाओं की जानकारी भिजवा दे ।
8. पॉलिसी धारक, उस सुवाह्यता प्रपत्र तथा प्रस्ताव प्रपत्र भरकर दोनों प्रपत्रों को बीमा कंपनी में जमा करवा दे ।
9. पोर्टेबिलिटी – फॉर्म प्राप्त होने के बाद बीमा कंपनी, मौजूदा बीमा कंपनी से संबंधित पॉलिसी धारक के मेडिकल–हिस्ट्री तथा दावा हिस्ट्री संबंधी विवरण मंगवाने हेतु संबोधित करेगी । यह कार्य आई.आर.डी.ए. के वेब–पोर्टल के माध्यम से किया जाएगा ।
10. मौजूदा बीमा कंपनी, उक्त अनुरोध प्राप्त होने पर आई.आर.डी.ए. के वेब पोर्टल में निर्धारित डाटा फॉर्मेट में समस्त अपेक्षित डाटा अनुरोध प्राप्त होने के सात दिनों के भीतर उपलब्ध करवाएगी ।

11. यदि मौजूदा बीमाकार निर्धारित समय सीमा के भीतर डाटा फॉर्मेट में अपेक्षित डाटा उपलब्ध नहीं करवा पाता है तो इसे आई.आर.डी.ए. द्वारा जारी निर्देशों का उल्लंघन माना जाएगा तथा बीमाकार, बीमा अधिनियम, 1938 के तहत दंड के प्रावधानों का अधिकारी होगा।

12. मौजूदा बीमा कंपनी से डाटा प्राप्त होने के बाद नयी बीमा कंपनी प्रस्ताव तैयार करेगी तथा आई.आर.डी.ए. (पॉलिसी धारकों के हितों का संरक्षण) विनियम .2002 के विनियम 4 (6) के अनुसार पॉलिसी धारक को अपने निर्णय से अवगत करवाएगी ।

13. निर्धारित समय सीमा के भीतर डाटा प्राप्त होने के बावजूद भी यदि बीमा कंपनी 15 दिन के भीतर पॉलिसी धारक को निर्णय की सूचना नहीं देती है तो बीमा कंपनी के पास उक्त प्रस्ताव को अस्वीकृत करने का अधिकार कायम नहीं रहता है और उसे वह प्रस्ताव स्वीकार करना ही पड़ता है ।

14. सुवाह्यता (पोर्टिंग) हेतु प्रस्तुत पॉलिसी को स्वीकार करने हेतु बीमाकार द्वारा किसी प्रकार के अतिरिक्त चार्ज की मांग नहीं की जाएगी ।

15. पोर्टेड पॉलिसी की स्वीकार्यता के लिए किसी प्रकार का कमीशन अथवा मध्यस्थता शुल्क देने की आवश्यकता नहीं होती ।

16. सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी) की अनुमति निम्नलिखित मामलों में दी जानी चाहिए ;

a) गैर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा जारी की गई सभी व्यक्तिगत बीमा पॉलिसियाँ तथा फैमिली फ्लोटर पॉलिसियाँ ।

b) किसी गैर जीवन बीमा कंपनी की किसी समूह स्वास्थ्य बीमा योजना के अंतर्गत कवर किए गए पारिवारिक सदस्यों, व्यक्तिगत सदस्यों को उसी बीमाकार के साथ उक्त समूह बीमा योजना से किसी व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा योजना अथवा फैमिली फ्लोटर पॉलिसी पर प्रवसन करने का अधिकार होता है । तत्पश्चात उसे उपर्युक्त I में वर्णित अधिकार प्राप्त हो जाएगा ।

17. किसी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसी के लिए पहले से मौजूद रोगों तथा समयबद्ध निकासियों का प्रतीक्षाफल निम्नलिखित रूप से माना जाता है –

क्र. सं.	**पिछले बीमाकार के साथ बीमा कवर की निरंतरता के वर्ष**	**नये बीमाकार के समक्ष प्रस्तुत की जाने वाली प्रतीक्षा अवधि,, दिनों /वर्षों के रूप में**				
		YY दिन	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष	4 वर्ष
1.	आरंभ के XX दिन (पॉलिसी प्रलेख के अनुसार दिनों की संख्या	(YY –XX) दिन	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं	लागू नहीं
2.	**1 वर्ष की अवधि की निकासी के लिए**					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
3.	**2 वर्षो की अवधि की निकासी के लिए**					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1वर्ष	2 वर्ष
4.	**3 वर्षो की अवधि की निकासी के लिए**					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष

	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1वर्ष	2 वर्ष
	3 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	1 वर्ष
5.	**4 वर्षों की अवधि की निकासी के लिए**					
	1 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	1 वर्ष	2 वर्ष	3 वर्ष
	2 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	1वर्ष	2 वर्ष
	3 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	1 वर्ष
	4 वर्ष	लागू नहीं	शून्य	शून्य	शून्य	शून्य

नोट 1. — यदि नई पॉलिसी में किसी रोग अथवा उपचार की प्रतीक्षा अवधि पिछली पॉलिसी की तुलना में अधिक लंबी है तो अतिरिक्त प्रतीक्षा अवधि के बारे में आवक पॉलिसी धारक को पोर्टेबिलिटी प्रपत्र में स्पष्ट रूप से समझा दिया जाना चाहिए ।

नोट 2. — समूह स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लिए व्यक्तिगत सदस्यों को उपर्युक्त टेबल के अनुसार तथा निरंतर बीमा कवर के आधार पर क्रेडिट दिया जा सकता है यह विचार किए बिना कि पिछली पॉलिसी में पहले से मौजूद रोग के लिए निकासी/समयबद्ध निकासी का प्रावधान था अथवा नहीं ।

18. पोर्टेबिलिटी पिछली पॉलिसी में बीमित राशि तथा बढ़ी हुई बीमित राशि पर भी लागू होगी यदि बीमाधारक द्वारा अनुरोध किया जाए तो पिछली पॉलिसियों के तहत पिछले बीमाकारों से प्राप्त संचयी लाभांश पर भी एक सीमा तक लागू होगी । उदाहरण के लिए ; यदि किसी व्यक्ति के पास 2 लाख रु. की बीमित राशि थी और उसे बीमाकार A से 50,000 रु. उपार्जित लाभांश मिला । जब वह बीमाकार B को शिफ्ट हुआ और उसका प्रस्ताव स्वीकृत हो गया, बीमाकार B को उसे 2.50 रु. की बीमित राशि प्रीमियम लेने के बाद ऑफर करनी थी । यदि बीमाकार B के पास 2.50 लाख रु. की कोई योजना उपलब्ध न हो तो वह बीमित व्यक्ति को निकटतम उच्चतर स्लॅब के रुप में 3 लाख की बीमा योजना ऑफर करेगा और 3 लाख रु. के लिए प्रीमियम लेगा । फिर भी इस मामले में सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी) 2.50 लाख तक ही उपलब्ध रहेगी ।

19. बीमाकारों द्वारा पॉलिसी अनुबंध तथा प्रोन्नयन सामग्री जैसे विवरणिका, बिक्री विवरण या अन्य प्रलेखों में इस बात की ओर पॉलिसी धारक का ध्यान आकर्षित किया जाए कि ;
    a) सभी स्वास्थ्य योजनाएँ सुवाह्य (पोर्टबल) होती है ;
    b) पॉलिसी धारक, पोर्टेबिलिटी का लाभ उठाने हेतु, नवीकरण की तारीख से पहले ही अन्य बीमाकार से संपर्क करने की पहल शुरू कर दे ताकि पॉलिसी कवरेज में अन्य बीमाकार द्वारा प्रस्ताव स्वीकार करने में विलंब होने से आने वाले व्यवधान (ब्रेक) से बचा जा सके।

परिशिष्ट – I
सुवाह्यता प्रपत्र
भाग – I

1.	पॉलिसी धारक/बीमित का नाम	
2.	जन्म तिथि/आयु	
3.	पॉलिसी धारक/बीमित का पता	
4.	मौजूदा बीमाकार का विवरण	

	• योजना का नाम	
	• बीमित राशि	
	• संचयी लाभांश	
	• लिए गए पूरक/संशोधन	
	• पॉलिसी नंबर	
5.	प्रस्तावित बीमा का ब्यौरा	
	• प्रस्तावित/ली जाने वाली योजना का नाम	
	• प्रस्तावित बीमा राशि	
	• क्या संचयी लाभांश को बीमित राशि के साथ परिवर्तित करना है	
6.	सुवाह्यता (पोर्टेबिलिटी के कारण)	
7.	पॉलिसी में शामिल किए जाने वाले पारिवारिक सदस्यों का नाम	
संलग्नक; मौजूदा पॉलिसी–प्रलेखों की छायाप्रति		
दिनांक		पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

भाग – II

क्या पी.ई.डी. निकासी/समयबद्ध निकासी की अवधि मौजूदा पॉलिसी से अधिक है ; (हाँ/नहीं इंगित करें) :

यदि हाँ, कृपया निम्नलिखित घोषणा को लिखित सहमति दें ।

'मुझे विदित है कि निम्नलिखित रोगों/उपचारों की प्रतीक्षा अवधि पिछली पॉलिसी की शर्तों से ... .दिन/वर्ष अधिक है। मैं एतद्वारा, निम्नलिखित रोगों/उपचारों के लिए अतिरिक्त प्रतीक्षा अवधि वहन करने हेतु सहमत हूँ ।

पॉलिसी धारक के हस्ताक्षर

660 GI/13-6

अनुसूची II

स्वास्थ्य एवं जीवन–संयोजी योजनाओं का प्रबंधन

1 इस श्रेणी की योजनाओं का 'स्वास्थ्य एवं जीवन संयोजी योजनाओं' का नाम दिया गया है। इस अनुसूची में इसका उल्लेख 'कोम्बी योजनाओं' के रूप में किया जाएगा।

2 यह अनुसूची आई.आर.डी.ए. (माइक्रो बीमा) विनियम 2005 द्वारा प्रशासित माइक्रो बीमा योजनाओं पर लागू नहीं होगी।

3 सभी बीमा कंपनियाँ जो ' स्वास्थ्य एवं जीवन–संयोजी योजनाओं' का प्रोन्नयन करती हैं वे निम्नलिखित का पालन करेंगी।

a) संयोजी योजनाओं का वर्ग

i. 'संयोजी योजनाएँ' सभी जीवन बीमा तथा गैर जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रमोट की जा सकती है।

ii. ये योजनाएँ जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित विशुद्ध अवधि जीवन बीमा कवर तथा गैर जीवन बीमा निगम/एकांगी जीवन बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तावित स्वास्थ्य बीमा कवर का संयुक्त रूप होती हैं।

iii. इन योजनाओं के तहत् प्रस्तावित योजनाएँ व्यक्तिगत रूप से, फाइल व यूज़ प्रक्रिया के तहत अनुमोदित होनी चाहिए।

iv. राइडर्स/अतिरिक्त (add-on) कवर, फाइल व यूज़ अनुमोदन के अनुरूप प्रस्तावित किये जा सकते हैं।

v. दोनों प्रकार जोखिमों के प्रीमियम संघटकों को अलग से पहचनाकर बिक्री–पूर्व तथा बिक्री के उपरांत, पॉलिसी धारकों को इसकी जानकारी दे दी जाए साथ ही पॉलिसी प्रलेख, बिक्री–विवरण में भी इसे प्रकटित किया जाए।

vi. इस योजना को, व्यक्तिगत बीमा–योजना तथा समूह बीमा आधार पर प्रस्तावित किया जा सकता है। फिर भी जहाँ तक स्वास्थ्य बीमा फ्लोटर योजनाओं का प्रश्न है – विशुद्ध अवधि बीमा योजनाओं की अनुमति, परिवार के अर्जनकारी (earning) सदस्यों में एक को जो स्वास्थ्य बीमा का प्रस्तावक भी है – दी जाती है।

vii. 'कॉम्बी योजना' की एकीकृत प्रीमियम राशि की गणना थ्रेशोल्ड सीमा/विनियमों, दिशा निर्देशों तथा परिपत्रों आदि के आधार पर की जानी चाहिए।

viii. 'कॉम्बी योजनाओं' के मामले में, कमीशन तथा दावे के पेआउट्स संबंधित बीमाकारों द्वारा ही दिये जाएँगे ।

ix. आई.आर.डी.ए. (स्वास्थ्य बीमा विनियम) 2010 के अनुसार 'कॉम्बी योजनाओं' के लिए फ्री लुक विकल्प रखा जाए। फ्री लुक विकल्प इन योजनाओं पर पूर्णतः लागू किया जाना चाहिए।

x. 'कॉम्बी योजनाओं' के स्वास्थ्य–खंड को, पॉलिसी–धारक के विकल्प के अनुसार, संबंधित गैर जीवन/एंकागी जीवन बीमा कंपनी द्वारा नवीकृत होने का अधिकार दिया जाए।

a) बीमाकारों के बीच 'टाई अप'

i. 'कॉम्बी योजनाओं' का प्रस्ताव देने वाली बीमा कंपनियों द्वारा 'समझौता–ज्ञापन' स्वीकार किया जाना अनिवार्य है–जिसमें विपणन की कार्य–प्रणाली, पॉलिसी–सेवा तथा सामान्य खर्चों का विभाजन आदि समाहित होता है।

ii. 'टाई अप' करने वाले बीमाकारों द्वारा, अनुबंध की एक प्रति दाखिल करते हुए आई. आर. डी. ए. से पूर्वानुमोदन ले लेना चाहिए। यह अनुमोदन उनमें से कोई एक बीमाकार भी ले सकता है।

iii. यह 'टाई अप' एक जीवन बीमाकार तथा एक गैर जीवन बीमाकार के बीच ही अनुमत होता है।

iv. ये दो बीमाकार अनगनित 'कॉम्बी योजनाओं' को प्रमोट कर सकते हैं।

v. 'कॉम्बी योजनाओं' को प्रमोट करने के उद्देश्य से आपस में व्यावसायिक संबंध स्थापित करने से पूर्व, बीमा कंपनियों द्वारा एक उपयुक्त ड्यू डिजिलेंस बना लेना चाहिए। प्रस्तावित 'कॉम्बी योजनाओं' हेतु प्रभावी सेवाएँ प्रदान करने के लिए बीमाकारों के बीच एक दीर्घकालिक समझौता होना भी अपेक्षित है।

vi. 'टाई अप' से निकासी सामान्यतः ऐच्छिक नहीं होती। फिर भी कुछ अपवादों में दोनों बीमाकार समझौता–ज्ञापन से निकलने हेतु सहमत हों तो उन्हें प्राधिकरण से पूर्वानुमति लेनी होगी।

vii. प्रभावी पॉलिसी–सेवा, प्राप्त प्रीमियमों के संचारण आदि के लिए समझौता ज्ञापन के एक भाग के तौर पर, बीमा कंपनियों के बीच विशिष्ट समय सीमा/टर्न अरांउड टाइम्स (TAT) पर सहमति होनी आवश्यक है।

viii. आई. आर. डी. ए. (बीमा विज्ञापन तथा प्रकटन) विनियम 2000 के अनुसार, प्राधिकरण द्वारा विज्ञापन जारी करने के 30 दिनों के भीतर विज्ञापनों की फाइलिंग की जानी चाहिए।

ix. संयुक्त बिक्री विज्ञापन को जारी करने हेतु आई. आर. डी. ए. से पूर्वानुमोदन लेने के लिए प्रस्तावित प्रक्रियाएँ ।

x. पॉलिसी की विभिन्न स्तरों पर, जैसे–प्रस्तावना स्तर, पॉलिसी सर्विसिंग, प्रीमियम–वसूली व्यवस्थापन तथा दावों आदि हेतु प्रस्तावित पॉलिसी सेवा की कार्य प्रणाली।

xi. 'कॉम्बी योजनाओं' की बिक्री तथा पॉलिसी सेवा के समर्थन में सूचना–प्रौद्योगिकी प्रणाली की व्यवस्था।

xii. बीमा कंपनियों द्वारा एक–दूसरे को सामान्य सेवाएं प्रदान करने हेतु हुए व्यय की प्रतिपूर्ति पर अनुबंध।

xiii. कॉम्बी योजनाओं के तहत अनुमत अधिकतम कमीशन का वितरण।

xiv. प्रीमियम की वसूली का तरीका बीमा अधिनियम, 1938 की धारा 64VB के अनुरूप होना चाहिए।

xv. योजना के दूसरे बीमाकार के, प्रीमियम के भाग के शीघ्र हस्तांतरण की प्रक्रिया ।

xvi. उचित समय पर पॉलिसी डाटा–बेस पर प्रीमियम अपडेट करने हेतु प्रचालन प्रक्रिया की व्यवस्था।

xvii. कॉम्बी योजनाओं के पॉलिसी धारकों के लिए, योजना के एक भाग को जारी रखकर जोखिम–कवरेज से निकासी के लिए विनियमों, दिशा–निर्देशों के अनुसार उपलब्ध विकल्प।

xviii. प्रस्तावित सामान्य बिक्री विवरण/प्रस्ताव–प्रपत्र दोनों बीमाकारों द्वारा जारी किये जाने हैं बशर्ते कि फ़ाइल एवं यूज़ प्रक्रिया के तहत अनुमोदित इन प्रलेखों में कोई तरमीम न की गई हो।

xix. 'कॉम्बी योजनाओं' के सामान्य विज्ञापन–बशर्ते कि वे कॉम्बी योजनाओं के लक्षणों, शर्तों तक ही सीमित हों।

c) मुख्य (लीड) बीमाकार

i. चूंकि 'कॉम्बी योजना' के प्रस्ताव में दो बीमा कंपनियाँ शामिल होती हैं । अतः उनमें से एक बीमा कंपनी, प्रत्येक कॉम्बी योजना की स्वीकृत शर्तों एवं विचारण के अनुसार

प्रस्तावित 'कॉम्बी योजना' के मुख्य बीमाकार की भूमिका निभाने के लिए सहमत हो जाती है।

ii. 'मुख्य बीमाकार' को कॉम्बी योजना से संबंधित विभिन्न सेवाएं प्रदान करने के लिए क्रांतिक भूमिका निभानी होती है।

iii. कॉम्बी योजनाओं की प्रभावी पॉलिसी–सेवा हेतु मुख्य बीमाकार की भूमिका पार्टनर –बीमा कंपनी की मौजूदा प्रचालन–इन्फ्रास्ट्रक्चर पर निर्भर होने में विरूद्ध नहीं होनी चाहिए।

iv. अपनी संबंधित पॉलिसियों की षर्तों के अनुसार, दोनों में से कोई भी कंपनी दावों के सक्रिय निपटारे तथा अन्य दायित्वों से विमुख नहीं होनी चाहिए।

4. जोखिम अंकन :– 'कॉम्बी योजना' के तहत, जोखिम से संबंधित अंश का अंकन का कार्य दोनों संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा किया जाना चाहिए। अर्थात् जीवन–बीमा के जोखिम का अंकन जीवन बीमा कंपनी द्वारा तथा स्वास्थ्य बीमा के जोखिम के अंश का अंकन गैर जीवन–बीमा/एकांगी स्वास्थ्य बीमा–कंपनी द्वारा किया जाए।

5. फ़ाइल एवं यूज़ :–

a) एक 'कॉम्बी योजना' के तौर पर प्रस्तावित बीमा योजना तथा स्वास्थ्य बीमा–योजना दोनों ही फ़ाइल एवं यूज़ के तहत पूर्व अनुमोदित होने चाहिए।

b) दोनों अनुमोदित स्वतंत्र योजनाओं को एकीकृत कर एक सामान्य ब्रैंड नाम से फ़ाइल करवाया जाए

c) 'कॉम्बी योजना' को फ़ाइल एवं यूज़ के अनुमोदन हेतु एकीकरण करते समय फ़ाइल जाना होता है – यह विचार किये बिना कि, इस पर पहले अनुमोदन लिया गया था अथवा नहीं।

d) 'कॉम्बी योजना' फ़ाइलिंग के समय फ़ाइल एवं यूज़ दिशा–निर्देशों का पालन करना चाहिए जो समय–समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किये जाते हैं।

e) 'कॉम्बी योजना' को प्राधिकरण के बीमांकिक विभाग में, फ़ाइल एवं यूज़ प्रारूप में फ़ाइल किया जाना होता है।

f) कॉम्बी योजना फ़ाइल एवं यूज़ रूप में प्राधिकरण द्वारा अनुमोदिन होनी चाहिए।

g) कॉम्बी योजना फ़ाइल एवं यूज़ अनुप्रयोग द्वारा निम्नलिखित को भी विनिर्दिष्ट किया जाना चाहिए।

i. 'कॉम्बी योजना' का मुख्य बीमाकार तथा दोनों बीमाकारों के बीच विभाजन कार्यकलापों का सीमांकन।

ii. बीमा अधिनियम 1938 की धारा 58 की षर्तों पर प्रीमियम–नोटिसों को जारी करने हेतु प्रस्तावित प्रक्रिया।

iii. जब सर्विसिंग के दौरान मूल बीमाकार की उपस्थिति जरूरी हो तब मुख्य बीमाकार द्वारा पॉलिसी सर्विसिंग की जानी चाहिए। जहाँ तक पॉलिसी धारक का संबंध है मुख्य बीमाकार को सर्विसिंग अनुरोध प्राप्त करने के लिए तथा पावतियाँ जारी करने हेतु नोडल बिंदु के तौर पर नियुक्त किया जाए।

iv. साध्यता–अध्ययन के परिणाम, पॉलिसी डाटा बेस को प्रभावी पॉलिसी सेवा अनुरोधों को मुख्य बीमाकार तक पहुँचाते हैं।

v. दोनों बीमाकारों द्वारा लागत–लाभ विष्लेषण अपनाए जाएंगे तथा कॉम्बी योजना के प्रीमियम पर दिये जाने वाले डिस्काउंट का प्रस्ताव भी दोनों की सहमति से दिया जाएगा।

6. दावों के निपटारे के समय मुख्य बीमाकार द्वारा सुनिश्चित किये जाने मुद्दे

a) दावे के प्रकार के आधार पर अन्य बीमाकार द्वारा भी दावों के निपटारे के लिए कुछ उपाय किये जाने चाहिए। किसी भी स्थिति में, मुख्य बीमाकार द्वारा दूसरे बीमाकार की ओर से, दावे के निपटारे की गारंटी नहीं दी जाएगी।

b) 'कॉम्बी योजना' के तहत एक बीमाकार द्वारा स्वीकार किये जाने वाले जोखिम का प्रभाव अन्य बीमा कंपनी पर नहीं पड़ना चाहिए।

c) जहां तक 'कॉम्बी योजना' के स्वास्थ्य अंश का संबंध है, उस पर विनियम तथा दिशा–निर्देश लागू होंगे।

d) जिन मामलों में पॉलिसियाँ सीधे ही सेवा मूलक हैं उनमें बीमाकार को एक सहयोगी की भूमिका निभानी चाहिए।

e) 'कॉम्बी योजनाओं के पॉलिसी बांड (Bond) के समयबद्ध प्रेषण के लिए, प्रस्तावित प्रचालक प्रक्रिया अपनाई जानी चाहिए।

7. वितरण चैनलः–

a) 'कॉम्बी योजना की बिक्री निम्नलिखित माध्यमों से संचालित की जानी चाहिएः–

i. प्रत्यक्ष सीधे विपणन (मार्केटिंग) चैनल

ii. दलालों/ब्रोकरों तथा

iii. दोनों बीमाकारों के परिचित व्यक्तिगत एवं कॉर्पोरेट एजेंटों द्वारा

b) 'कॉम्बी योजनाओं' का विपणन, "बैंक रेफ़रल" व्यवस्था के माध्यम नहीं किया जाना चाहिए।

c) बीमाकार यह सुनिश्चित कर लें कि 'कॉम्बी योजना' का विपणन उन बीमा–मध्यस्थों द्वारा किया जाए किसी भी बीमाकार की किसी योजना के विपणन हेतु प्राधिकृत नहीं किया गया।

8. न्यूनतम अनिवार्य प्रकटनः–

a. किसी कॉम्बी योजना का न्यूनतम अनिवार्य प्रकटन निम्नांकित रूप में होः–

i. योजना 'एबीसी बीमा कंपनी' (गैर जीवन/एकांगी स्वास्थ्य बीमाकार का नाम) और "XYZ बीमा कंपनी" (जीवन बीमा के बीमाकार का नाम) द्वारा संयुक्त रूप से प्रस्तावित की गई है।

ii. इस कॉम्बी योजना के जोखिम संबंधित बीमा कंपनियों द्वारा ही संभाव्य/स्वीकृत किये जाएँगे।

iii. स्वास्थ्य बीमा लाभों से संबंधित दावों के निपटारे का दायित्व संबंधित बीमाकारों पर होगा। जैसे स्वास्थ्य लाभ के लिए abc बीमा कंपनी (गैर जीवन/एकांगी स्पष्ट करें) तथा जीवन बीमा लाभों के लिए "XYZ बीमा कंपनी" (जीवन बीमा के बीमाकार का नाम)।

iv. संबंधित लाभों में होने वाले कानूनी विवादों का निपटान संबंधित बीमाकारों द्वारा ही किया जाएगा।

v. कॉम्बी योजना के पॉलिसी धारकों को पॉलिसी के आंशिक भाग को जारी रखने तथा अन्य भाग को रद्द करने का अधिकार होगा।

vi. जिस योजना में स्वास्थ्य बीमा योजना के नवीकरण का प्रावधान होगा, उसमें कॉम्बी योजना के स्वास्थ्य अंश को ही यह सुविधा मिलेगी।

vii. इन 'कॉम्बी योजनओं' हेतु उपलब्ध प्रीमियम–भुगतान विकल्पों का विशिष्ट प्रकटन।

viii. उपलब्ध पॉलिसी सर्विसिंग सुविधा का विशेष प्रकटन।

ix. दोनों प्रकार के जाखिमों के तहत इन पॉलिसियों की प्रस्तावित दावा–सेवा का विशेष प्रकटन।

x. जोखिम के स्वास्थ्य बीमा अंश के लिए थर्ड पार्टी प्रशासकों (TPA) की उपलब्धता का प्रकटन।

xi. इन कॉम्बी योजनाओं के तहत उपलब्ध शिकायत–निवारण विकल्पों का प्रकटन।

xii. पॉलिसी धारकों को यह सलाह दी जाती है कि वे पॉलिसी खरीदने से पहले, उसके लाभों तथा 'कॉम्बी योजना' के पॉलिसी–सेवा संरचना से भलीभांति अवगत हो जाएँ।

b) 'कॉम्बी योजनाओं के पॉलिसी प्रलेखों में कम से कम उपर्युक्त वर्णित बिंदु (iii) से (xi) तक प्रकटित होने चाहिए।

c) प्रस्तावक से यह घोषणा–पत्र लिया जाए कि उसने उपर्युक्त सभी प्रकटनों को समझ लिया है और उस पत्र को प्रस्ताव के साथ संलग्न कर दें।

9. 'कॉम्बी योजनाओं' के संबंध में दोनों बीमाकारों द्वारा बीमा अधिनियम 1938 और अधिसूचित विनियमों, अन्य दिशा–निर्देशों, परिपत्रों का स्वास्थ्य बीमा व जीवन बीमा से संबंधित समस्त अनुदेशों का अनुपालन किया जाए।

10. इन दिशा–निर्देशों के उद्देश्य हेतु गैर–जीवन बीमा कंपनी में एकांगी स्वास्थ्य बीमा कंपनी भी शामिल है।

11. योजना की व्यापकता की प्रगति को मॉनिटर करने तथा उसके क्षेत्र को बृहत्तर बनाने के लिए समस्त बीमा कंपनियां जो 'कॉम्बी योजना' की मार्केटिंग कर रही हैं उन्हें अपने प्राधिकरण के समक्ष समय–समय पर सूचना प्रस्तुत करनी चाहिए।

12. 'काम्बी योजनाओं' को प्रस्तावित करने वाली बीमा कंपनियों की गतिविधियों को मॉनिटर करने हेतु प्राधिकरण द्वारा समय–समय पर ऐसी शर्तें निर्धारित की जानी चाहिए।

*****

अनुसूची III

बीमा कंपनियों से प्रस्तुत किए जाने वाले स्वास्थ्य बीमा रिटर्न

जे. हरि नारायण, अध्यक्ष

[विज्ञापन III/4/161/12/असा.]

फोर्म्स	विवरण	लिंक	आवृत्तिप्रस्तुत करने के लिए	समय सीमा	1 अनुस्मारक कारण तिथि	2 अनुस्मारक कारण तारीख	
_इनपुट हेल्थ_1		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_1 (एक)		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_1.1		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_2		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_3		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_4.1		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_5		देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_6		देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_6.1		देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_6.2		देखना	मासिक	अगले महीने की 10	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_6.3		देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	
_इनपुट हेल्थ_6.4		देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	

_इनपुट हेल्थ_7		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	सुश्री मीना कुमारी के साथ चर्चा की आवश्यकता है	
_इनपुट हेल्थ_8		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	सुश्री मीना कुमारी के साथ चर्चा की आवश्यकता है	
_इनपुट हेल्थ_9		[redacted]	देखना	वार्षिक	जून की 30 - आडिट वार्षिक	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर	सुश्री मीना कुमारी के साथ चर्चा की आवश्यकता है	
_इनपुट हेल्थ_10		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	इस रूप में आईआरडीए उपयोगकर्ता द्वारा भरा जाता है				[redacted]
एक फार्म के		[redacted]	देखना	नई उत्पाद फाइलिंग	फ़ाइल का उपयोग करें				[redacted]
इनपुट हेल्थ_भारतीय कार्यालय_इनपुट हेल्थ_।भारतीय कार्यालय_1		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		[redacted]
इनपुट हेल्थ_विदेशी कार्यालयों_इनपुट हेल्थ_भारतीय कार्यालय_1		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		[redacted]
प्रतिनिधि_हेल्थ_कार्यालय_1		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		[redacted]
प्रतिनिधि_हेल्थ__कार्यालय_2		[redacted]	देखना	त्रैमासिक	तिमाही के बाद महीने के अंत के 15	नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		
प्रतिनिधि_हेल्थ__0कार्यालय3		[redacted]	देखना	वार्षिक		नियत तारीख से 2 दिन पहले	नियत तारीख पर		

660 GI/13-8

इनपुट हेल्थ_1		वार्षिक										
उत्पाद के प्रदर्शन का विवरण- 1 वर्ष या 1 वर्ष से कम के कार्यकाल के उत्पाद (स्वास्थ्य उत्पादों वाले सभी बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किये जाने वाले)												
उद्देश्य और आवृत्ति												
सभी उत्पाद जिसका कार्यकाल 1 वर्ष या 1 वर्ष से कम है की जानकारी एकत्रित करता है।												
मौजूदा डी फार्म की जगह नया व्यापार और उम्मीद व्यावसायिक डेटा पर अधिक डेटा तत्वों को जोड़ने												
फॉर्म की आवृत्ति वार्षिक और जब कभी है												
फिल्टर और मापदण्ड												
	वर्ष											
	बीमाकर्ता के नाम											
#	ब्यौरा	कॉलम कोड	उत्पाद 1 ए	उत्पाद 2 बी	उत्पाद 3 सी	उत्पाद 4 डी	उत्पाद 5 ई					
		उत्पाद विवरण										
1	उत्पाद का नाम											
2	यू आइ एन											
3ए	कवर का स्कोप (1)		अस्पताल देखभाल					कवर के दायरे की सूची दी जाती है और नीचे उल्लेख किया				
3बी	लक्ष्य समूह		अन्य लोग					अस्पताल देखभाल				

4	बीमित व्यक्ति के प्रकार		व्यक्तिगत + समूह	समूह	व्यक्ति			2. गंभीर बीमारी				
4ए	भुगतान का आधार							3. सर्जिकल नकद				
5	उत्पाद की निकासी की तिथि							4. अस्पताल दैनिक नकद				
5ए	पॉलिसी की न्यूनतम की अवधि							5. उच्चतम कटौती				
5बी	पॉलिसी की अधिकतम अवधि							6. आउट पेशेंट कवर				
6	उत्पाद की वर्तमान स्थिति			शुरू				7.चिकित्सकीय कवर				
6ए	एड ऑन का कवर शामिल		नहीं	हां				8. स्वास्थ्य बचत				
6बी	एड ऑन कवर की संख्या							9. घरेलू यात्रा				
6सी	क्या टीपीए द्वारा सेवित?		हां					10.इंटरनैशनल ट्रैवल				
6डी	कुल. टीपीए शामिल							11.अंतर्राष्ट्रीय व्यापक कवर				
		नई व्यवसाय डेटा						12. निर्दिष्ट बीमारी / रोग प्रबंधन (जैसे कैंसर, एचआईवी, मधुमेह आदि को कवर)				
7	जारी की गई नीतियों की संख्या							13. पर्सनल एक्सीडेंट				
8	सकल प्रीमियम एकत्र *							14. मातृत्व और प्रजनन				
8.i	कुल प्रीमियम दिया गया							15. दीर्घावधि देखभाल				
9	बीमित व्यक्तियों / सदस्यों की संख्या		*निवेश करने के लिए डेटा*	*निवेश करने के लिए डेटा*	1			16.विकलांगता और पुनर्वास				
10	कुल बीमित राशि							17. मानसिक बीमारी				
11ए	पुनर्बीमा कमीशन							99. किसी भी अन्य				
		नवीकरण व्यवसाय डेटा										
7ए	नवीकरण के लिए बकाया पॉलिसियों की संख्या											
8ए	नवीकरण की गई पॉलिसियों की संख्या											
9ए	कुल नवीकरण प्रीमियम एकत्र											
9ए.i	कुल नवीकरण प्रीमियम दिया गया											
10ए	बीमित व्यक्तियों / सदस्यों की संख्या		*निवेश करने के लिए डेटा*	*निवेश करने के लिए डेटा*	1							
12ए	नवीकरण में कुल बीमित राशि											
11बी	पुनर्बीमा कमीशन प्राप्त											

		रद्द करने के लिए डेटा										
8बी.I	पॉलिसी अवधि के दौरान रद्दीकरण की संख्या	नया व्यापार के बाहर										
8बी.II		नवीकरण व्यापार के बाहर										
		उम्मीद नया व्यापार के आंकड़े (अगले वर्ष के लिए)										
6ई	पॉलिसियों की संख्या											
6एफ	सकल प्रीमियम											
6जी	कुल दावों की संख्या											
6	कुल दावों की राशि											
6i	दावा अनुपात							यहाँ पर बीमा कंपनी द्वारा भरा जाएगा				
6जे	संयुक्त अनुपात											
	दावा अनुपात = (दावों की कुल राशि खर्च) / जीडबलूपी											
	संयुक्त अनुपात = (कुल कंपनी व्यय राशि + खर्च दावों की कुल राशि) / जीडबलूपी											
	दावा अनुपात लंबित = लंबित कुल दावे / कुल दावा अनुपात											
	निपटान दावा अनुपात = निप्टाए गये दावों की संख्या / कुल सूचित दावे											
नोट:												
1. केवल मुख्य कवर कवर के दायरे में उल्लेख किया जाना चाहिए.												
* सकल प्रीमियम सेवा कर घटाने से पहले प्रीमियम राशि के रूप में परिभाषित किया गया है.												

	इनपुट हेल्थ_1 (ए)		वार्षिक												
	1 वर्ष से अधिक वाले उत्पाद प्रदर्शन का विवरण (स्वास्थ्य उत्पादों वाले सभी बीमा कंपनियों द्वारा उत्पाद प्रदर्शन का विवरण)														
	उद्देश्य और आवृत्ति														
	1 वर्ष से अधिक वाले उत्पाद प्रदर्शन का विवरण														
	मौजूदा डी फार्म की जगह नया व्यापार और उम्मीद व्यावसायिक डेटा पर अधिक डेटा तत्वों को जोड़ने														
	बदले की आवृत्ति और वार्षिक रूप में है और जब.														
	फिल्टर और पैरामीटर														
		वर्ष													
		बीमाकर्ता के नाम													
	#	ब्यौरा		उत्पाद 1	उत्पाद 2	उत्पाद 3	उत्पाद 4	उत्पाद 5							
			कॉलम कोड	ऐ	बी	सी	डी	ई							
			उत्पाद विवरण												
	1	उत्पाद का नाम													
	2	यूआईएन													
	3ऐ	कवर का स्कोप (1)													
	3बी	लक्ष्य समूह													
	4	बीमित व्यक्ति के प्रकार		समूह	समूह	व्यक्ति									
	4ऐ	भुगतान का आधार													

	5	उत्पाद की निकासी की तिथि													
	5ऐ	न्यूनतम पॉलिसी की अवधि													
	5बी	अधिकतम पॉलिसी													
	6	उत्पाद की वर्तमान स्थिति													
	6ऐ	कवर पर शामिल		नहीं	हां										
	6बी	कवर पर जोड़ने की संख्या													
	6सी	चाहे टीपीए द्वारा सेवित?		हां											
	6डी	कुल. टीपीए के शामिल													
			नई व्यवसाय डेटा												
	7	जारी किए गए नीतियों की संख्या													
	8	सकल प्रीमियम एकत्र *													
	8.i	कुल प्रीमियम दिया गया													
	9	/ व्यक्तियों / सदस्यों कवर जीवन की संख्या		*निवेश करने के लिए डेटा*	*निवेश करने के लिए डेटा*	1									
	10	कुल बीमित राशि													
	11ऐ	पुनर्बीमा आयोगों प्राप्त													
			नवीकरण व्यवसाय डेटा												
	7ऐ	नवीकरण के लिए कारण नीतियों की संख्या													
	8ऐ	नए सिरे से नीतियों की संख्या													
	9ऐ	कुल नवीकरण प्रीमियम एकत्र													
	9ऐ .i	कुल नवीकरण प्रीमियम सौंप दिया													

660 GI/13-9

	10ऐ	/व्यक्तियों / सदस्यों कवर जीवन की संख्या		निवेश करने के लिए डेटा	निवेश करने के लिए डेटा	1									
	11ऐ	कुल योग नवीकरण में बीमित													
	11बी	पुनर्बीमा आयोगों प्राप्त													
			बल व्यवसाय डेटा												
	7बी	नीतियों की संख्या													
	9बी	सकल प्रीमियम आय													
	9बी .i	कुल प्रीमियम सौंप दिया													
	10बी	/व्यक्तियों / सदस्यों कवर जीवन की संख्या		निवेश करने के लिए डेटा	निवेश करने के लिए डेटा	1									
	11बी	कुल बीमित राशि													
	12बी	पुनर्बीमा आयोगों प्राप्त													
			रद्द करने के लिए डेटा												
	7सी	रद्द करने की मुफ्त देखो अवधि में नंबर	नया व्यापार के बाहर												
	8सी .i	रद्द ***पॉलिसी अवधि के दौरान संख्या	नया व्यापार के बाहर												
	8सी .ii		नवीकरण व्यापार के बाहर												
			उम्मीद नया व्यापार के आंकड़े (अगले वर्ष के लिए)												
	6ई	नीतियों की संख्या													
	6एफ	कुल सकल प्रीमियम													
	6जी	कुल.दावों के													
	6	दावों की कुल राशि													
	6i	का दावा है अनुपात													
	6जे	संयुक्त अनुपात													

नोट:

1. केवल प्रमुख कवर कवर के दायरे में उल्लेख किया जाना चाहिए.

* सकल प्रीमियम सेवा कर घटाने से पहले प्रीमियम राशि के रूप में परिभाषित किया गया है.

** इस अनुभाग में वर्तमान वैकल्पिक है.

* मुफ्त देखो रद्द करने से

इनपुट हेल्थ_1.1

उत्पाद विकास तथा एजिंग के संदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का विवरण (स्वास्थ्य उत्पादों वाले सभी बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किया जाएगा)

वार्षिक

उद्देश्य और आवृत्ति

उत्पाद विकास तथा एजिंग के संदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का विवरण का दावा करने के लिए आंदोलन को इकट्ठा करने और उम्र बढ़ने के डेटा का दावा

मौजूदा प्रपत्र डी की जगह का दावा है डेटा पर अधिक विस्तृत स्तर जानकारी जोड़ने

बदले की आवृत्ति और वार्षिक रूप में है और जब.

फिल्टर और मापदण्ड

वर्ष

चैनल प्रकार

बीमाकर्ता के नाम

#	विशेष	*कॉलम कोड*	उत्पाद 1 ऐ	उत्पाद 2 बी	उत्पाद 3 सी	उत्पाद 4 डी	उत्पाद 5 ई
		डेटा का दावा					
1.i	साल की शुरुआत में लंबित दावों	नहीं.					
1.ii		राशि					
2.i	नए दावे दर्ज	नहीं.					
2.ii		राशि					
3.i	इंकार किये गये दावे	नहीं.					
3.ii		राशि					

	4.i	अन्य कारणों की वजह से बंद कर दिये गये नए दावे	नहीं.												
	4.ii		राशि												
	5.i	फिर से खोले गए दावे	नहीं.												
	5.ii		राशि												
	6.i	वर्ष के अंत में लंबित दावों	नहीं.												
	6.ii		राशि												
	7.i	दंड ब्याज का भुगतान	नहीं.												
	7.ii		राशि												
	8.i	खर्च दावा अनुपात													
	8.ii	संयुक्त अनुपात													
		का दावा है अनुपात = (दावों की कुल राशि खर्च) / जीडब्लूपी													
		संयुक्त अनुपात = (+ कुल कंपनी व्यय राशि का खर्च दावों की कुल राशि) / जीडब्लूपी													
			लंबित दावों के एजिंग *												
	12.i	1 महीने से कम लंबित दावे	नहीं.												
	12.ii		राशि												
	13.i	1 महीने से अधिक और 3 महीने से कम लंबित दावे	नहीं.												
	13.ii		राशि												

	14.i	3 महीने से अधिक और 6 महीने से कम लंबित दावे	नहीं.													
	14.ii		राशि													
	15.i	6 महीने से अधिक और 12 महीने से कम लंबित दावे	नहीं.													
	15.ii		राशि													
	16.i	1 वर्ष से अधिक और 2 वर्ष से कम लंबित दावे	नहीं.													
	16.ii		राशि													
	17.i	2 वर्ष से अधिक लंबित दावों	नहीं.													
	17.ii		राशि													
	* पहली सूचना की तारीख से गिना															
			** निप्टाए हुए दावों की एजिंग													

660 GI/13-10

	12.i	1 महीने से कम निप्टाए हुए दावे	नहीं.												
	12.ii		राशि												
	13.i	1 महीने से अधिक और तीन महीने से कम निप्टाए हुए दावे	नहीं.												
	13.ii		राशि												
	14.i	3 महीने से अधिक और 6 महीने से कम निप्टाए हुए दावे	नहीं.												
	14.ii		राशि												
	15.i	6 महीने से अधिक और 12 महीने से कम निप्टाए हुए दावे	नहीं.												
	15.ii		राशि												

	16.i	1 वर्ष से अधिक और 2 वर्ष से कम निप्टाए हुए दावे	नहीं.													
	16.ii		राशि													
	17.i	2 वर्ष से अधिक निप्टाए हुए दावे	नहीं.													
	17.ii		राशि													
	** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना															
			इंकार किये गये दावों की एजिंग													
	12.i	1 महीने से कम इंकार किये गये दावे	नहीं.													
	12.ii		राशि													
	13.i	1 महीने से अधिक 3 महीने से कम इंकार किये गये दावे	नहीं.													
	13.ii		राशि													
	14.i	3 महीने से अधिक 6 महीने से कम इंकार किये गये दावे	नहीं.													

	14.ii		राशि												
	15.i	6 महीने से अधिक 12 महीने से कम इंकार किये गये दावे	नहीं.												
	15.ii		राशि												
	16.i	1 वर्ष से अधिक 2 वर्ष से कम इंकार किये गये दावे	नहीं.												
	16.ii		राशि												
	17.i	2 वर्ष से अधिक इंकार किये गये दावे	नहीं.												
	17.ii		राशि												
	*** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना														
	नोट:														
	1. का दावा है अनुपात का खर्च = कुल खर्च दावे / कुल प्रीमियम अर्जित किया														
	2. संयुक्त अनुपात = (कुल दावे का भुगतान + अन्य परिचालन व्यय) / कुल प्रीमियम अर्जित किया														
	3. उत्पाद लक्ष्य समूह के चयन के आधार पर आबादी जाएगा														

	इनपुट हेल्थ_2			वार्षिक			◉ Inshouse	○ TPA						
	टीपीए के मामले में दावों के प्रतिबंध के संदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का विवरण (स्वास्थ्य बीमा कारोबार होने की बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किया जाएगा)													
	उद्देश्य और आवृत्ति													
	टीपीए के मामले में दावों के प्रतिबंध के संदर्भ में उत्पाद प्रदर्शन का विवरण प्रबंधन का दावा है टीपीए के मामले में उत्पादों के प्रदर्शन पर कब्जा													
	इस फार्म मौजूदा प्रपत्र डी के प्रतिस्थापन के लिए टीपीए के योगदान के बारे में और अधिक विस्तृत स्तर की जानकारी इकट्ठा है.													
	बदले की आवृत्ति और वार्षिक रूप में है और जब.													
	फिल्टर और पैरामीटर													
		वर्ष												
		बीमाकर्ता के नाम					के माध्यम से निबंधित दावों		स्वयं		टीपीए			
		टीपीए नाम												
	#	उत्पाद का नाम	उत्पाद वृआईएन	संबंधित पॉलिसियों की संख्या	संभाले गए दावों की संख्या	संभाले गए दावों की राशि	निपटाए हुए दावों की संख्या	निपटाए हुए दावों की राशि	लंबित दावों की संख्या	लंबित दावों की राशि				
		कॉलम कोड		ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी				

660 GI/13-11

	नोट:														
	1. सभी उत्पादों जो इस अवधि के दौरान अनुमोदित किया गया है इस रूप में शामिल किया जाएगा.														
	2. उत्पाद प्रकार व्यक्ति, या समूह हो सकता है.														
	3. उत्पाद की वर्तमान स्थिति हो जाएगा - सक्रिय, निष्क्रिय या वापस ले लिया.														

	इनपुट हेल्थ_3		*वार्षिक*												
	चैनलों के मामले में उत्पाद प्रदर्शन के विवरण (स्वास्थ्य बीमा कारोबार होने की बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किया जा)														
	उद्देश्य और आवृत्ति														
	वितरण चैनलों के मामले में प्रदर्शन का विवरण देना														
	यह फार्म चैनलों द्वारा योगदान देने पर डेटा एकत्रित करने के लिए मौजूदा प्रपत्र डी के एक प्रतिस्थापन है														
	बदले की आवृत्ति और वार्षिक रूप में है और जब.														
	फिल्टर और मापदण्ड														
		वर्ष													
		बीमाकर्ता के नाम													
		चैनल प्रकार					रेफरल> <को बाहर								
	#	**उत्पाद का नाम**	**पॉलिसियों की संख्या**	**सकल प्रीमियम**	*** कमीशन / फीस का भुगतान**	**अन्य अधिग्रहण की लागत**									
		कॉलम कोड	**ऐ**	**बी**	**सी**	**डी**									
	नोट														
	रेफरल के लिए *, शुल्क लागू होता है														

इनपुट हैल्प_4.1 | वार्षिक

नया व्यापार और नवीकरण व्यापार के विवरण - राज्यानुसार

उद्देश्य और अवधि

प्रत्येक बैंककर्ता के लिए राज्यानुसार नया व्यापार और नवीकरण व्यापार गतिविधियों को एकत्रित करना

यह फार्म का एक नया स्वरूप है.

घटने की अवधि वार्षिक है.

फिल्टर और पैरामीटर

वर्ष | व्यापार | व्यक्ति

बैंककर्ता के नाम

व्यक्तिगत व्यवसाय के लिए हटा दिया जाना चाहिए, पूर्व वर्षों के रूप में उपर दिखाए

#	राज्य	नई विजनेस			नवीकरण व्यापार			विद्यमान व्यापार		
		नीतियों की संख्या	सकल प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	नीतियों की संख्या	सकल प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	नीतियों की संख्या	सकल प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि
	कॉलम कोड	ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई
1	आंध्र प्रदेश									
2	अरुणाचल प्रदेश									
3	असम									
4	बिहार									
5	छत्तीसगढ़									
6	गोआ									
7	गुजरात									
8	हरियाणा									
9	हिमाचल प्रदेश									
10	जम्मू और के									
11	झारखंड									
12	कर्नाटक									
13	केरल									
14	मध्य प्रदेश									
15	महाराष्ट्र									
16	मणिपुर									
17	मेघालय									
18	मिज़ोरम									
19	नागालैंड									
20	उड़ीसा									
21	पंजाब									
22	राजस्थान									
23	सिक्किम									
24	तमिलनाडु									
25	त्रिपुरा									
26	उत्तर प्रदेश									
27	उत्तराखंड									
28	पश्चिम बंगाल									
29	अंडमान एवं निकोबार									
30	चंडीगढ़									
31	दादरा एवं नागर हवेली									

	32	दमन और दीव												
	33	दिल्ली												
	34	लक्षद्वीप												
	35	पुडुचेरी												
	#	संपूर्ण												
	समूह व्यापार *													
			नई विजनेस				नवीकरण व्यापार				विद्यमान व्यवसाय डेटा			
	#	राज्य	नीतियों की संख्या	कवर जीवन की संख्या	सकल प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	नीतियों की संख्या	कवर जीवन की संख्या	सकल प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	नीतियों की संख्या	सकल प्रीमियम राशि	कुल प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि
		कॉलम कोड	ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल
	1	आंध्र प्रदेश												
	2	अरुणाचल प्रदेश												
	3	असम												
	4	बिहार												
	5	छत्तीसगढ़												
	6	गोआ												
	7	गुजरात												
	8	हरियाणा												
	9	हिमाचल प्रदेश												
	10	जम्मू और के												
	11	झारखंड												
	12	कर्नाटक												
	13	केरल												
	14	मध्य प्रदेश												
	15	महाराष्ट्र												
	16	मणिपुर												
	17	मेघालय												
	18	मिज़ोरम												
	19	नागालैंड												
	20	उड़ीसा												
	21	पंजाब												
	22	राजस्थान												
	23	सिक्किम												
	24	तमिलनाडु												
	25	त्रिपुरा												
	26	उत्तर प्रदेश												
	27	उत्तराखंड												
	28	पश्चिम बंगाल												
	29	अंडमान एवं निकोबार.												
	30	चंडीगढ़												
	31	दादरा एवं नागर हवेली												
	32	दमन और दीव												
	33	दिल्ली												
	34	लक्षद्वीप												
	35	पुडुचेरी												
	#	संपूर्ण												
	नोट:													
	*	समूह के परिवार के एक से अधिक बीमित व्यक्ति के साथ और किसी भी नीति सामयिक शामिल												

	इनपुट हेल्थ_5		मासिक											
	टीपीए की देय का विवरण													
	उद्देश्य और आवृत्ति													
	दावे के संदर्भ में टीपीए शुल्क में प्रभावशालिता को मापने के लिये													
	देय जानकारी एकत्र करने के लिए प्रस्तावित प्रारूप का पुनर्निर्मित फॉर्म है													
	फार्म की आवृत्ति मासिक है। डेटा बीमा कंपनियाँ द्वारा पेश किये जाते हैं उनके साथ नामांकित टीपीए के संदर्भ में।													
	फिल्टर और मापदण्ड													
		वर्ष				**माह**								
		बीमाकर्ता के नाम				**टीपीए नाम**								
	#	**ब्यौरे**	**का दावा है फ्लोट**	**टीपीए शुल्क**	**संपूर्ण**									
		कॉलम कोड	**क**	**ख**	**ग**									
	1	महीने की शुरुआत में बकाया देय		राशि		पिछले महीने के अंतिम शेष चालू माह का प्रारंभिक शेष होगा								
	2	माह के दौरान प्राप्त भुगतान अनुरोध												
	3	इस महीने के दौरान भुगतान किये गये देय												
	4	महीने के अंत में बकाया देय												
	5	**महीने के अंत में बकाया देय का एजिंग**												
	5.i	0- 7 दिन												
	5.ii	7-15 दिन												
	5.iii	15 - 30 दिन												
	5.iv	2 महीने से अधिक												
	5.v	4 महीने से अधिक												
	5.vi	6 महीने से अधिक												
	नोट:													

660 GI/13-12

	इनपुट हेल्थ_6		मासिक												
	सीधे संचालित किये गए दावों का विवरण - स्वास्थ्य व्यापार (व्यक्तिगत) बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किया														
	उद्देश्य और आवृत्ति														
	इस फॉर्म का प्रायोजन स्वास्थ्य व्यवसाय करने वाले बीमाकर्ताओं द्वारा व्यक्तिगत व्यवसाय के लिये संचालित किये गये दावों की सूचना एकत्रित करना है														
	यह दावा डेटा एकत्रित करने के लिए प्रस्तावित प्रारूप का एक संशोधन है														
	फार्म की आवृत्ति मासिक है														
	फिल्टर और मापदण्ड														
		वर्ष				माह									
		बीमाकर्ता के नाम													
	विवरण दावा														
			कैशलेस		प्रतिपूर्ति		नाम आधारित		संपूर्ण						
	#	म्यॉर	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज					

	1	इस महीने की शुरुआत में लंबित दावों													
	2	माह के दौरान नए पंजीकृत दावे													
	3	माह के दौरान निप्टाए गए दावे													
	4	माह के दौरान इंकार किये गये दावे													
	5	महीने के अंत में लंबित दावे													
	लंबित दावों के एजिंग *														
			कैशलेस		प्रतिपूर्ति		नाम आधारित		संपूर्ण						
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	ऐ	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच					
	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे													
	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे													
	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे													
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों													
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे													
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													
	*पहली सूचना की तारीख से गिना														
	***** निप्टाए गए दावों की एजिंग***														
			कैशलेस		प्रतिपूर्ति		नाम आधारित		संपूर्ण						
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	ऐ	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच					

	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे													
	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे													
	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे													
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों													
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे													
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													
	** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना														
	इंकार किये गये दावों की एजिंग														
			कैशलेस		प्रतिपूर्ति		लाभ आधारित		संपूर्ण						
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	ऐ	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच					
	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे													
	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे													
	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे													
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों													
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे													
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													
	*** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना														

660 GI/13-13

	इनपुट हेल्थ_6.1		मासिक												
	दावों का विवरण - स्वास्थ्य व्यापार (समूह) वाले बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत किये जाएंगे														
	उद्देश्य और आवृत्ति														
	इस फॉर्म का उद्देश्य है स्वास्थ्य व्यवसाय करने वाले बीमाकर्ताओं द्वारा समूह व्यवसाय के लिये प्रयत्क्ष रूप से संभालने वाले दावों की जानकारी एकत्रित करना।														
	यह दावा आँकडों को लेने के लिये प्रस्तावित प्रारूप का संशोधन है														
	फार्म की आवृत्ति मासिक है														
	फिल्टर और मापदण्ड														
		वर्ष				**माह**									
		बीमाकर्ता के नाम				**व्यापार**	**समूह**								

	दावा गतिविधि विवरण		फार्म इनपुट हेल्थ_6 और फार्म इनपुट हेल्थ_6.1 व्यापार के लिए नीचे ड्रॉप देकर विलय कर दिया जाना चाहिए												
			कैशलेस		**प्रतिपूर्ति**		**लाभ आधारित**		**संपूर्ण**						
	#	**ब्यौरे**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**					
		कॉलम कोड	**ऐ**	**ख**	**सी**	**घ**	**ई**	**च**	**छ**	**ज**					
	1	इस महीने की शुरुआत में लंबित दावों													
	2	नई माह के दौरान पंजीकृत दावों													
	3	माह के दौरान निपटाए गए दावे													
	4	माह के दौरान इंकार किये गए दावे													
	5	महीने के अंत में लंबित दावों													
	लंबित दावों के एजिंग *														
			कैशलेस		**प्रतिपूर्ति**		**लाभ आधारित**		**संपूर्ण**						
	#	**ब्यौरे**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**					

		कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज						
	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे														
	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे														
	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे														
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावाँ														
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे														
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे														
	* पहली सूचना की तारीख से गिना															
	** *निप्टाए गये दावों के एजिंग*															
			कैशलेस		प्रतिपूर्ति		लाभ आधारित		संपूर्ण							
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि						
		कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज						
	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे														

	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे													
	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे													
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों													
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे													
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													
	** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना														
	इंकार किये गये दावों की एजिंग														
			कैशलैस		प्रतिपूर्ति		भुगतान किया लाभ उठाएं		संपूर्ण						
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज					
	1	दावा कम से कम 1 महीने के भीतर पाटा													

	2	1-3 महीने के भीतर पाटा का दावा है													
	3	दावा 3-6 महीने के भीतर पाटा													
	4	6-12 महीने के भीतर पाटा दावों													
	5	दावा 1-2 साल के भीतर पाटा													
	6	दावा है कि अधिक से अधिक 2 साल के भीतर पाटा													
	*** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना														

660 GI/13-14

○ Individual ◉ Group

	इनपुट हेल्थ_6.2		*मासिक*												
	टीपीए के माध्यम से नियंत्रित किये गये दावों का विवरण - स्वास्थ्य कारोबार करने वाली बीमा कंपनियों द्वारा प्रस्तुत														
	उद्देश्य और आवृत्ति														
	फार्म का उद्देश्य टीपीए के माध्यम से नियंत्रित किया दावों की जानकारी इकट्ठा करने के लिए है.														
	यह दावा आँकड़ों को लेने के लिये प्रस्तावित प्रारूप का संशोधन है														
	फार्म की आवृत्ति मासिक है.														
	फिल्टर और मानदण्ड														
		वर्ष				**माह**									
		बीमाकर्ता के नाम				**टीपीए नाम**									
		विभाजन													

	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													
	*पहली सूचना की तारीख से गिना														
	बसे दावों के एजिंग														
			कैशनेस		प्रतिपूर्ति		नाम आधारित		संपूर्ण						
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज					
	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे													
	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे													
	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे													
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों													
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे													
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे													
	**पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना														
	इंकार किये गये दावों की एजिंग														
			कैशनेस		प्रतिपूर्ति		नाम आधारित		संपूर्ण						
	#	ब्यौरे	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि					
		कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज					
	1	1 से कम महीने के लिए लंबित दावे													
	2	1-3 महीनों के लिए लंबित दावे													

	3	3-6 महीने के लिए लंबित दावे														
	4	6-12 महीनों के लिए लंबित दावों														
	5	1-2 साल के लिए लंबित दावे														
	6	2 वर्ष से अधिक लंबित दावे														
	*** पिछले आवश्यकता की प्राप्ति की तारीख से गिना															

	इनपुट हेल्थ_6.3		*वार्षिक*													
	बीमा कंपनी के लिए राज्यवार दावे का विवरण															
	उद्देश्य और आवृत्ति															
	फार्म का उद्देश्य एक बीमा कंपनी के लिए दावों की जानकारी इकट्ठा करने के लिए है.															
	यह राज्यानुसार डेटा लेने के लिए एक नया स्वरूप है															
	फार्म की आवृत्ति वार्षिक है															
	फिल्टर और मापदण्ड															
		वर्ष														
		बीमाकर्ता के नाम														
			क्षतिपूर्ति													
			कैशलेस		**प्रतिपूर्ति**		**नाम आधारित**									
	#	राज्य	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि								
		कॉलम कोड	ऐ	बी	सी	डी	ई	एफ								

	इनपुट हेल्थ_6.4		त्रैमासिक												
	सरकार द्वारा प्रायोजित स्वास्थ्य बीमा योजना का प्रदर्शन														
	उद्देश्य और आवृत्ति														
	इस प्रपत्र सरकार द्वारा प्रमाणित स्वास्थ्य बीमा योजना के प्रदर्शन की जानकारी लेने के लिए प्रयोग किया जाता है														
	यह एक नया स्वरूप है														
	फार्म की आवृत्ति तिमाही है														
	फिल्टर और मापदण्ड														
		वर्ष				तिमाही									
		बीमाकर्ता के नाम													
	#	उत्पाद / योजना	जारी की गई पॉलिसियों की संख्या	कवर की गई बीपीएल परिवारों की संख्या	अन्यों की संख्या	कवर लाभार्थियों की कुल संख्या	सकल प्रीमियम (000s में)	सूचित किये गये दावों की संख्या	दावों की राशि की सूचना दी	निप्टाए गए दावों की संख्या	दावा राशि बसे	लंबित दावों की संख्या	/हे दावों की राशि.	खर्च दावा अनुपात (%)	
		कॉलम कोड	ऐ		बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	

	1			1	4	5								बीमा कंपनी दावा अनुपात इनपुट होगा	
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
	7															
	8															
	9															
	10															
	11															
	12															

इनपुट हेल्थ_7						○ Individual	@Group																		
राज्यानुसार सकल प्रीमियम - तिमाही के लिये																									
उद्देश्य और आवृत्ति																									
सभी चैनलों से सकल प्रीमियम, पॉलिसियों की संख्या, कुल बीमा राशि के बारे में राज्यानुसार सूचना एकत्रित करना																									
यह फॉर्म पुन: इंजीनियर किया गया है। सकल प्रीमियम के मौजूदा फॉर्म 1 तथा फॉर्म 2 के आधार पर																									
फार्म की आवृत्ति त्रिमासिक है।																									
फिल्टर और मापदण्ड																									
	वर्ष					तिमाही																			

	बीमा कंपनी के नाम					विभाजन																			
		प्रत्यक्ष व्यापार (इंटरनेट)			प्रत्यक्ष व्यापार (इंटरनेट के अलावा)			व्यक्तिगत एजेंटों			बैंकों			अन्य कॉर्पोरेट एजेंट			दलाल			रेफरल			Microinsurance एजेंटों (MF,		
#	राज्य	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि	पॉलिसियों की संख्या	प्रीमियम राशि	कुल बीमित राशि
	कॉलम कोड	ऐ	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	आई	जे	के	एल	एम	एन	ओ	पी	क्यू	आर	एस	टी	यू	वी	डब्लू	एक्स
1	आंध्र प्रदेश																								
2	अरुणाचल प्रदेश																								
3	असम																								
4	बिहार																								
5	छत्तीसगढ़																								
6	गोआ																								
7	गुजरात																								
8	हरियाणा																								
9	हिमाचल प्रदेश																								
10	जम्मू और क																								
11	झारखंड																								
12	कर्नाटक																								
13	केरल																								
14	मध्य प्रदेश																								
15	महाराष्ट्र																								
16	मणिपुर																								
17	मेघालय																								
18	मिज़ोरम																								
19	नागालैंड																								
20	उड़ीसा																								
21	पंजाब																								
22	राजस्थान																								
23	सिक्किम																								
24	तमिलनाडु																								
25	त्रिपुरा																								
26	उत्तर प्रदेश																								
27	उत्तराखंड																								
28	पश्चिम बंगाल																								
29	अंडमान एवं निकोबार.																								
30	चंडीगढ़																								
31	दादरा एवं नागरा हवेली																								
32	दमन और दीव																								
33	दिल्ली																								
34	लक्षद्वीप																								
35	पुडुचेरी																								
#	संपूर्ण																								

इनपुट हेल्थ 8						○ Individual	◉ Group										
राज्यानुसार और चैनल अनुसार सूचित दावों की संख्या																	
उद्देश्य और आवृत्ति																	
यह फॉर्म तिमाही के दौरान प्रत्येक राज्य में सूचित किये गये दावों की सूचना एकत्रित करता है।																	
यह फार्म फार्म IV के आधार पर फिर से इंजीनियर किया गया है																	
इस फॉर्म की आवृत्ति त्रिमासिक है																	
फिल्टर और पैरामीटर																	
	वर्ष					**तिमाही**											
	बीमा कंपनी के नाम					**विभाजन**											
		प्रत्यक्ष व्यापार (इंटरनेट)		**प्रत्यक्ष व्यापार (इंटरनेट के अलावा)**		**व्यक्तिगत एजेंटों**		**बैंकों**		**कॉर्पोरेट एजेंट**		**दलाल**		**रेफ़रल**		**माइक्रो बीमा एजेंटों (एमएफा, एसएचजी,**	
#	**राज्य**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**		**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**दावों की संख्या**	**दावों की राशि**	**पॉलिसियों की संख्या**	**प्रीमियम की राशि**
	कॉलम कोड	**ए**	**बी**	**सी**	**डी**	**ई**	**एफ**	**जी**	**एच**	**आई**	**जे**	**के**	**एल**	**एम**	**एन**	**ओ**	**पी**
1	आंध्र प्रदेश																
2	अरुणाचल प्रदेश																
3	असम																
4	बिहार																
5	छत्तीसगढ़																
6	गोआ																
7	गुजरात																
8	हरियाणा																
9	हिमाचल प्रदेश																
10	जम्मू और कें																
11	झारखंड																
12	कर्नाटक																

60 GI/13-16

13	केरल																
14	मध्य प्रदेश																
15	महाराष्ट्र																
16	मणिपुर																
17	मेघालय																
18	मिज़ोरम																
19	नागालैंड																
20	उड़ीसा																
21	पंजाब																
22	राजस्थान																
23	सिक्किम																
24	तमिलनाडु																
25	त्रिपुरा																
26	उत्तर प्रदेश																
27	उत्तराखंड																
28	पश्चिम बंगाल																
29	अंडमान एवं निकोबार.																
30	चंडीगढ़																
31	दादरा एवं नागरा हवेली																
32	दमन और दीव																
33	दिल्ली																
34	लक्षदवीप																
35	पुडुचेरी																
	संपूर्ण																

इनपुट हेल्थ 9

बड़े दावा विवरण - बीमाकर्ता के अनुसार

उद्देश्य और आवृत्ति

यह फॉर्म सभी बीमा कंपनियों के लइये बडे दावों के विवरण प्राप्त करता है

यह एक नया फॉर्म है

इस प्रपत्र की आवृत्ति वार्षिक और जब कभी है

फिल्टर और मापदण्ड

	वर्ष					तिमाही									
	बीमाकर्ता के नाम														

		रिपोर्टेड दावा		पूरी तरह से निपटाए गये दावे		आंशिक रूप से निप्टाए गए दावे		बकाया दावों					
#	राज्य	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि	दावों की संख्या	दावों की राशि				
	कॉलम कोड	ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच				
1	आंध्र प्रदेश												
2	अरुणाचल प्रदेश												
3	असम												
4	बिहार												
5	छत्तीसगढ़												
6	गोआ												
7	गुजरात												
8	हरियाणा												
9	हिमाचल प्रदेश												
10	जम्मू और के												
11	झारखंड												
12	कर्नाटक												
13	केरल												
14	मध्य प्रदेश												
15	महाराष्ट्र												
16	मणिपुर												
17	मेघालय												
18	मिज़ोरम												
19	नागालैंड												
20	उड़ीसा												
21	पंजाब												
22	राजस्थान												
23	सिक्किम												
24	तमिलनाडु												
25	त्रिपुरा												
26	उत्तर प्रदेश												
27	उत्तराखंड												
28	पश्चिम बंगाल												
29	अंडमान एवं निकोबार.												
30	चंडीगढ़												
31	दादरा एवं नागरा हवेली												
32	दमन और दीव												
33	दिल्ली												
34	लक्षदवीप												
35	पुडुचेरी												
#	संपूर्ण												

इनपुट हेल्थ_10		*त्रैमासिक*						
शिकायत गतिविधि								
	यह फार्म बीमाकर्ता द्वारा भरा है							
प्रयोजन और उद्देश्य								
यह फार्म पूरी अवधि के दौरान प्रत्येक बीमाकर्ता के लिये विभिन्न प्रकार की शिकायतों के विरुद्ध शिकायत गतिविधि प्रस्तुत करता है								
इस प्रपत्र की आवृत्ति तिमाही है								
फिल्टर और मापदण्ड								
	वर्ष			**तिमाही**				**शिकायत के प्रकार**
								भुगतान में देरी
	शिकायत के प्रकार							**दावे का इनकार**
								कटौती
								प्राप्त नहीं हुई पॉलिसी
								अन्य कोई

#	बीमा कंपनी के नाम	लंबित शिकायतों की शुरुआत में संख्या	नई शिकायतों की संख्या	हल शिकायतों की संख्या	अस्वीकार की गई शिकायतों की संख्या	अंत में लंबित शिकायतों की संख्या		
	कॉलम कोड	ए	बी	सी	डी	ई		
	स्रोत / गणना	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली	शिकायत प्रबंधन प्रणाली		
1								
2								
3								
4								
5								
6								

#	बीमा कंपनी के नाम	1 महीने से कम लंबित शिकायतों की संख्या	शिकायतों की संख्या 1-3 महीनों के लिए लंबित	शिकायतों की संख्या 3-6 महीने के लिए लंबित	शिकायतों के 6-12 महीने के लिए नहीं लंबित	1 वर्ष से अधिक लंबित शिकायतों की संख्या		
	कॉलम कोड	ए	बी	सी	डी	ई		
	स्रोत / गणना							

फार्म: आईआरडीए स्वास्थ्य उत्पादों															
फाइल और उपयोग-स्वास्थ्य उत्पादों के आवेदन क्रमश :															

क्र. सं		
	आइटम ब्लॉक (में बीमा कंपनी द्वारा भरा जाएगा)	
1	गैर - जीवन बीमा कंपनी के नाम	
1.1	पंजीकरण आईआरडीए द्वारा सं. आवंटित.	
2	कृपया ध्यान दें कि उनकी नियुक्ति बल में इस आवेदन की तारीख के आधार पर होना चाहिए नियुक्त मुखी का नाम	
3	ब्रांड नाम [उत्पाद है जो बिक्री साहित्य में मुद्रित किया जाएगा और बाजार में जाना जाता है का नाम है. यह नाम / परिवर्तित नहीं किया जा बाजार में शुरू करने के बाद किसी भी रूप में बदला जाना चाहिए. यह नाम सभी रिटर्न आदि जो ब्रांड को प्रस्तुत किया जाएगा में दिखाई जाएगी.]	
3.1	अद्वितीय आईडी नहीं (आईआरडीए द्वारा आवंटित है. अगर इस आवेदन एक मौजूदा उत्पाद के संशोधन के लिए है)	
4	उत्पाद की शुरुआत की तारीख (नए उत्पादों के मामले में प्रस्तावित है, मौजूदा उत्पादों के मामले में वास्तविक तारीख). नया बाजार में पहली बार के लिए शुरू किया जा रहा है उत्पादों के मामले में, प्रस्तावित तारीख दे (हालांकि तारीख के भीतर नहीं किया जा सकता है इस आवेदन की तारीख) से 30 दिनों से जो बीमाकर्ता के बाजार के लिए करना चाहता है. मौजूदा उत्पादों के मामले में वास्तविक तिथि से उत्पाद उत्पाद में बंद किया गया था।	
5	की तारीख / संशोधन वापसी (मौजूदा उत्पादों के मामले में प्रस्तावित है, लेकिन नए उत्पादों के लिए लागू नहीं है): (क) यह सभी नए उत्पादों के लिए लागू नहीं के रूप में भरा जाना चाहिए. (ख) उत्पाद है, जहां इस तरह के उत्पाद बाजार में उपयोग में पहले से ही है की सुविधाओं के संशोधन की प्रस्तावित तारीख. (ग) के मामले में बीमा कंपनी को बाजार से मौजूदा उत्पाद को वापस लेने की इच्छा है तो वापसी की तारीख इस मद के अंतर्गत प्रस्तुत किया जाना चाहिए।	
6	सामान्य नियम और शर्तें [सभी आइटम में भरा होना चाहिए ठीक से और ध्यान कोई आइटम रिक्त छोड़ दिया जाना चाहिए.]	
6.1	क्या स्वास्थ्य उत्पाद के माध्यम से / की पेशकश की है: [उत्तर हाँ / नहीं]	
6.1.1	व्यक्तियों हाँ नहीं /	
6.1.2	फैमिली फ्लोटर हा / नहीं	
6.1.3	हाँ नहीं / समूह	
6.1.4	भारत में भौगोलिक स्थानों निर्दिष्ट [यदि हाँ, स्थानों निर्दिष्ट करें.] हाँ नहीं /	
6.1.5	भारत हाँ / नहीं में सभी भौगोलिक स्थानों	
6.1.6	ग्रामीण आबादी हाँ / नहीं	
6.1.7	लाइफ बीमा हाँ / नहीं	
6.1.8	सरकार योजनाएं हाँ / नहीं	
6.1.9	क्षतिपूर्ति आधार हाँ / नहीं	
6.1.10	आधार लाभ उठाएं हाँ नहीं /	
6.2	निम्नलिखित निर्दिष्ट करें:	
6.2.1	लक्ष्य आबादी (इस अनुभाग में लक्ष्य बाजार के लिए उत्पाद डिजाइन पर चर्चा करनी चाहिए. इसके अलावा अलग से किसी भी बाजार में इस उद्देश्य के लिए किए गए शोध का विवरण संलग्न करें.)	
6.2.2	ऐसे अवधि के लिए अनुबंध के नवीकरण के लिए अनुमति दिनों की संख्या नवीकरण निर्दिष्ट की अनुमति	
6.2.3	ऐसे अवधि में प्रीमियम के भुगतान के लिए अनुमति किश्तें निर्दिष्ट करें प्रीमियम का भुगतान करने के लिए अनुमति दी गई है, जब प्रीमियम नहीं stipulated तिथियों पर भुगतान कर रहे हैं दिनों की संख्या	
6.2.4	न्यूनतम समूह आकार (राज्य समूह की न्यूनतम सदस्यता)	
6.2.5	मूल बीमा राशि (समूहों के लिए, प्रति सदस्य विवरण प्रस्तुत किया जा करने के लिए):	
6.2.5.1		न्यूनतम की पेशकश की
6.2.5.2		अधिकतम की पेशकश की
6.2.5.3		बीमा छूट / छूट की पेशकश की राशि है, अगर किसी भी (कृपया वस्तुनिष्ठ और पारदर्शी मानदंड प्रदान करने के लिए छूट और वित्तीय औचित्य की पेशकश)
6.2.6	पॉलिसी की अवधि:	
6.2.6.1		न्यूनतम अवधि की पेशकश की जाती
6.2.6.2		अधिकतम अवधि की पेशकश की जाती
6.2.6.3		प्रीमियम भुगतान की शर्तें, अगर पॉलिसी अवधि से अलग
6.2.7	प्रीमियम भुगतान के तरीके की पेशकश की:	
6.2.7.1		राज्य प्रीमियम भुगतान का मोड की अनुमति दी (एकल प्रीमियम / वार्षिक / half वार्षिक, आदि)
6.2.7.2		छूट / अलग की पेशकश औचित्य के साथ मोड, के लिए शुल्क:
6.2.8	वार्षिक प्रीमियम (समूह के लिए प्रति सदस्य विवरण देने के लिए)	
6.2.8.1		न्यूनतम:
6.2.8.2		अधिकतम:
6.2.8.3		प्रीमियम छूट / छूट की पेशकश की है, अगर किसी भी (कृपया वस्तुनिष्ठ और पारदर्शी मानदंड प्रदान करने के लिए छूट और वित्तीय औचित्य की पेशकश)
6.2.9	एंट्री आयु:	
6.2.9.1		न्यूनतम:
6.2.9.2		अधिकतम:
6.2.10	अधिकतम नवीकरण आयु	
6.2.11	भारत के बाहर यात्रा पर प्रतिबंध (यदि हां, शर्तों निर्दिष्ट] हां नहीं /	
6.2.12	किसी भी अन्य प्रतिबंध [अगर कोई प्रस्तावित प्रतिबंध नहीं है, एक ही सुसज्जित किया जाना चाहिए, जैसे भविष्य कब्जे] हां नहीं /	
6.2.13	कटौती योग्य की अनुमति दी	
6.2.14	सह - भुगतान की अनुमति दी	
6.2.15	कर्मचारी छूट या किसी अन्य (कृपया वस्तुनिष्ठ और पारदर्शी मानदंड प्रदान करने के लिए छूट और वित्तीय औचित्य की पेशकश) की पेशकश की छूट	
6.2.16	किसी भी अन्य छूट की पेशकश (वस्तुनिष्ठ और पारदर्शी मानदंड प्रदान करने के लिए छूट और वित्तीय औचित्य की पेशकश)	
6.2.17	किसी भी लदान - प्रस्तावित (loadings और वित्तीय औचित्य के लिए वस्तुनिष्ठ और पारदर्शी मानदंड प्रदान करें)	
6.2.18	प्रस्थापन	
6.3	उत्पाद विवरण:	
6.3.1	उत्पाद पहली बार के लिए शेयर की हां / नहीं?	
6.3.2	6.3 .. 1.1	यदि नहीं, उत्पाद के पहले दाखिल करने की तारीख प्रस्तुत. यदि हाँ, तो कृपया आइटम के लिए कोई सीधे 7 जाना.

660 GI/13-17

	6.3.1.2	सारणीबद्ध रूप में प्रस्तावित संशोधनों के तौरिए	
	S no	मौजूदा सुविधाओं / मान्यताओं / प्रीमियम दर जो संशोधित करने के लिए प्रस्तावित कर रहे हैं	प्रस्तावित संशोधनों
	6.3.2	क्या उत्पाद / सुविधाओं मान्यताओं / प्रीमियम दरों निकासी की तारीख से संशोधित किया गया है हां / नहीं?	
	6.3.2.1	यदि हां, सारणीबद्ध रूप में आज तक बाहर किए गए संशोधनों की जानकारी है: तक बाहर किए गए संशोधनों के इतिहास	
		कोई एस	संशोधन की तारीख संशोधन से पहले प्राधिकरण के रूप में उत्पाद वापसी की निकासी की तारीख पर सुविधाएँ / मान्यताओं / प्रीमियम दरों मौजूदा साथ टायर की
7		उत्पाद की संरचना का लाभ उठाए	
		घटना: लाभ की राशि:	
7.1		अस्पताल में भर्ती पर	
7.2		की तुलना में (7.1) अन्य घटनाओं पर (कृपया पूर्ण विवरण प्रस्तुत)	
7.3		बीमाधारक द्वारा रद्द में:	
7.4		बीमा कंपनी द्वारा रद्द करना	
7.5		अनपेक्षित स्थितियों निर्दिष्ट [जब अनुबंध बातिल और शून्य नहीं होगा]	
7.6		उत्पाद के तहत उपलब्ध विकल्पों का उल्लेख करें. (जैसे को बढ़ाने या कम लाभ, योजना में परिवर्तन, आदि) [इस अनुभाग में विभिन्न उत्पाद. आरोपों के तहत उपलब्ध विकल्पों निर्दिष्ट यदि कोई हो विकल्प की लागत की दिशा में भी निर्दिष्ट किया जाएगा.]	
7.7		के साथ प्रस्तावित लदान नवीकरण के लिए प्रक्रिया यदि कोई हो,	
7.8		राइडर्स /ऐड-ऑन	
	7.8.1	राइडर्स / ऐड-ऑन उत्पाद क स संलग्न	
	7.8.2	किसी भी अन्य सुविधाओं है कि उत्पाद के लिए प्रासंगिक हो सकता है	
8		हागीदारी जोखिम [इस अनुभाग में दर्ज करनी चाहिए कि जनता के विभिन्न क्षेत्रों हागीदारी (हद तक वे प्रासंगिक हैं और इस प्रक्रिया का एक संक्षिप्त विस्तार विभिन्न जोखिम वर्गों के आकलन के लिए अपनाई गई के प्रयोजन के लिए के साथ निपटा जाएगा चयन दी जा सकती है.]	
8.1		गैर चिकित्सा सीमा निर्दिष्ट [कोई मेडिकल परीक्षा के लिए कहा]	
8.2		निर्दिष्ट जब और जीवन की कक्षाएं क्या मेडिकल परीक्षा के अधीन होगा	
8.3		समूहों के लिए सदस्यता की न्यूनतम भागीदारी निर्दिष्ट	
8.4		रिटेंशन सीमा [निर्दिष्ट सीमा क्या पुनर्बीमा के प्रयोजनों के लिए प्रस्तावित किया गया है]	
8.5		निवारण कृपया निर्दिष्ट बहिष्करण क्या लाभ के भुगतान के लिए प्रस्तावित किया गया है	
9		अन्य नियम:	
9.1		नामांकन	
9.2		अनुबंध के पुनरुद्धार के लिए किश्तवार प्रीमियमों के मामले में स्थितियां:	
10		वितरण चैनल और नायब तलाव.	
10.1		वितरण चैनलों:	
	10.1.1	विभिन्न वितरण चैनलों उत्पाद वितरण के लिए इस्तेमाल किया जा [उत्तर विशिष्ट होगा निर्दिष्ट करें और "के रूप में आईआरडीए द्वारा अनुमोदित की तरह उत्तर का उल्लेख नहीं कर सकते हैं]	
	10.1.2	वितरण के लिए आयोग तराजू दरें जो भुगतान [उत्तर विशिष्ट हो सकता है और "की तरह के रूप में कथ्य के प्रति जवाब नहीं उल्लेख कर सकते हैं होगा] चैनल निर्दिष्ट	
10.2		प्रत्येक चैनल के द्वारा प्राप्त किया जा करने के लिए व्यापार की उम्मीद अनुपात अगले 5 साल के लिए संकेत किया जाएगा वितरण.	
		चैनल	
		1.व्यक्तिगत एजेंटों	
		2.कॉर्पोरेट एजेंटों	
		3.दलाल	
		4.दूसरे निर्दिष्ट	
		5.संपूर्ण	
10.3		नई व्यापार तलाव, अगर किसी भी वर्ष के 1 3 वर्ष	
11		पुनर्बीमा व्यवस्था:	
11.1		प्रतिधारण - सीमा	
11 . 2		पुनर्बीमाकर्ता का नाम (ओं)	
11.3		पुनर्बीमा की शर्तें (पुनर्बीमा आयोगों, आदि के प्रकार).	
11.4		कोई हटा देना प्रावधानों का वर्णन किया जाएगा	
11.5		पुनर्बीमा दरों प्रदान	
11.6		चाहे पुनर्बीमा कार्यक्रम और संधि की एक प्रतिलिपि की एक प्रति प्राधिकरण को प्रस्तुत है.	हां / नहीं
	11.6.1	चाहे पुनर्बीमा कार्यक्रम और संलग्न संधि की एक प्रति (केवल आवश्यक अगर इन प्राधिकरण के साथ पहले से नहीं टायर कर रहे हैं) हां नहीं /	
12			
12.1		बीमांकिक यदि कोई हो, फार्मूलों का प्रयोग दरों, नहीं तो राज्य कैसे प्रीमियम संक्षिप्त पद्धति और वितरण देने में आ रहे हैं):	
12.2		आंकड़ों का स्रोत (आंतरिक / / उद्योग और पुनर्बीमा)	
12.3		उन्नता की दर [तालिकाओं प्रासंगिक जहां भी निर्धारित किया जाएगा.]	
12.4		नीति समाप्ति की दरें. [इस्तेमाल दर बीमाकर्ता के अनुभव के साथ अनुसार हो, अगर इस तरह के अनुभव के लिए उपलब्ध नहीं है, जरूरी है और इस उद्योग / पुनर्बीमाकर्ता अनुभव से हो.]	
12.5		ब्याज की दर, यदि कोई हो. [दर या दरें बीमाकर्ता की निवेश नीति के साथ संगत होना चाहिए.]	
12.6		आयोग तराजू [कमीशन की दरें दे ये स्पष्ट आइटम हैं.]	

12.7	व्यय में विभाजित (व्यय मान्यताओं कंपनी विशिष्ट होना चाहिए. यदि इस तरह के अनुभव के लिए उपलब्ध नहीं है, नियुक्त मुक्ती उद्योग के अनुभव पर विचार या उचित मान्यताओं कर सकता है.)			
	12.7.1	प्रथम वर्ष खर्च: संबंधित राशि का आश्वासन दिया, प्रीमियम से संबंधित है, प्रति नीति से संबंधित		
	12.7.2	दूबारा नवीनीकरण व्यय (उपरि व्यय सहित): राशि से संबंधित है, प्रीमियम से संबंधित है, प्रति नीति का आश्वासन दिया		
	12.7.3	दावा खर्च		
	12.7.4	भविष्य मुद्रास्फीति बढ़ जाती है, यदि कोई हो		
12.8	शेयरधारक के स्थानान्तरण के लिए भत्ता, यदि कोई हो: [बीमा अधिनियम, 1938 के 49 अनुभाग देखें]			
12.9	कराधान. आयकर अधिनियम, 1961 के प्रासंगिक अनुभाग देखें]			
12.1	किसी भी अन्य के मूल्य निर्धारण के लिए प्रासंगिक पैरामीटर निर्दिष्ट उत्पाद			
12.11	आरक्षित मान्यताओं (कृपया सभी प्रासंगिक जानकारी निर्दिष्ट)			
12.12	बेस दर (जोखिम प्रीमियम) दर तालिका प्रस्तुत, यदि कोई हो			
12.13	संकल दर तालिका प्रीमियम प्रस्तुत, यदि कोई हो			
12.14	उम्मीद हानि अनुपात (उत्पाद) के लिए प्रत्येक योजना के लिए अलग से मुसज्जित			
12.15	उम्र के लिहाज से हानि अनुपात के लिए एक अलग योजना S.No के लिए मुसज्जित किया जा			
12.16	बीमित राशि के लिहाज से नुक्सान प्रत्येक योजना अलग S.No के लिए मुसज्जित किया जा अनुपात			
12.17	आयु और बीमा राशि वार हानि अनुपात प्रत्येक को अलग से योजना नीचे दी गई सारणी के लिए मुसज्जित किया (एसआई बैंड और उम्र बैंड न्यूनतम और अधिकतम एसआई की पेशकश के आधार पर बदि होगी)			
	S.NO	एसआई Age / बैंड		50000
	1	> = 0 <= 2		
	2	> = 3 <= 15		
	3	> 16 = <= 25		
	4	> 26 = <= 30		
	5	> 31 = <= 35		
	6	> 36 = <= 40		
	7	> 41 = <= 45		
	8	> = 46 <= 50		
	9	> 51 = <= 55		
	10	> = 56 <= 60		
	11	> 61 = <= 65		
	12	> = 66		
12.18	उम्मीद संयुक्त अनुपात (उत्पाद) के लिए प्रत्येक योजना के लिए अलग से मुसज्जित			
12.19	उम्र के लिहाज से संयुक्त अनुपात प्रत्येक योजना के लिए अलग से मुसज्जित			
12.2	बीमित राशि के लिहाज से संयुक्त अनुपात प्रत्येक योजना के लिए मुसज्जित किया अलग			
12.21	आयु और बीमा राशि बुद्धिमान संयुक्त अनुपात एक अलग योजना के लिए नीचे दी गई सारणी प्रस्तुत की (एसआई बैंड और उम्र बैंड न्यूनतम और अधिकतम एसआई की पेशकश के आधार पर बदि होगी)			
	S.NO	एसआई उम्र / बैंड		50000
	1	> = 0 <= 2		
	2	> = 3 <= 15		
	3	> 16 = <= 25		
	4	> 26 = <= 30		
	5	> 31 = <= 35		
	6	> 36 = <= 40		
	7	> 41 = <= 45		
	8	> = 46 <= 50		
	9	> 51 = <= 55		
	10	> = 56 <= 60		
	11	> 61 = <= 65		
	12	> = 66		
12.22	उम्र / राशि बीमा योजनाओं / आदि के बीच क्रॉस सब्सिडी			
12.23	इसी तरह के उत्पादों के अनुभव, यदि कोई हो			
	S.No	एक्सपोजर	प्रीमियम रु.	दावा आवृत्ति
	2008-09			
	2007-08			
	2006-07			
	2005-06			
	2004-05			
	1. एक्सपोजर: जीवन वर्ष अर्जित (जीवन का कोई एक विशेष वित्तीय वर्ष के दौरान अर्जित);			
	2. प्रीमियम: प्रीमियम वित्तीय वर्ष के दौरान अर्जित;			
	दावों के 3 Number: दावा है कि वित्तीय वर्ष के दौरान हुए;			
	4. में "3" वर्णित दावों के लिए आज के रूप में खर्च राशि, खर्च का दावा है			
	5. दावा आवृत्ति: दावे / एक्सपोजर की संख्या;			
	6. दावे प्रति औसत लागत खर्च दावे / दावों की संख्या;			
	7. लागत अलग का दावा है आवृत्ति * दावे प्रति औसत लागत;			
	8. हानि अनुपात: खर्च का दावा है प्रीमियम /;			
	9. संयुक्त अनुपात: हानि अनुपात + व्यय अनुपात;			
13	मौजूदा उत्पादों के लिए मूल्य निर्धारण में संशोधन			
13.1	परिवर्तन / प्रीमियम में संशोधन के लिए औचित्य			
13.2	उत्पाद / 12.14 आइटम टी o12.23 में इसी तरह के उत्पादों के अनुभव के अलावा बीमित उम्र / बैंड राशि की योजना भर अनुभव, इन तालिकाओं उत्पाद मूल्य निर्धारण में संशोधन के लिए अनुरोध किया है के लिए प्रस्तुत की			

13.3	कैसे मूल्य निर्धारण बीमा राशि विकल्पों के बीच अलग
14	विलंब अनुमानों / संवेदनशीलता परिणाम
14.1	जोखिम के प्रीमियम मार्जिन में छूट इस्तेमाल की दर
14.2	औसत बीमा राशि ग्रहण
14.3	निराशावादी परिदृश्य के तहत बनाया मान्यताओं
14.4	आशावादी परिदृश्य के तहत बनाया मान्यताओं
14.4	उम्र [PM. लाभ मार्जिन / हानि अनुपात] प्रधानमंत्री (आधार परिदृश्य)
	> = 0 <= 2
	> = 3 <= 15
	> 16 = <= 25
	> 26 = <= 30
	> 31 = <= 35
	> 36 = <= 40
	> 41 = <= 45
	> = 46 <= 50
	> 51 = <= 55
	> = 56 <= 60
	> 61 = <= 65
	> = 66
15	निम्न नमूना दस्तावेजों को संलग्न किया जाना चाहिए
15.1	प्रस्ताव प्रपत्र:
15.2	/ साहित्य प्रॉस्पेक्टस बिक्री - पर्दे बिक्री के समय में जनता के सदस्यों को उपलब्ध कराया. यह साहित्य है जो बाजार में उत्पादन को बेचने के लिए विभिन्न वितरण चैनलों द्वारा इस्तेमाल किया जा रहा है. इस उत्पाद के साथ के सभी मुख्य विशेषताएं बहिष्करण बुनियादी लाभ के लिए लागू की गणना और प्रासंगिक सभी समय पर प्राधिकरण द्वारा जारी किए गए परिपत्रों) के साथ incompliance होगी
15.3	पॉलिसी दस्तावेज
15.4	मैनुअल हामीदारी
15.5	दावा मैनुअल
15.6	प्रीमियम टेबल

15.प्रमाणन. बीमा कंपनी के नियुक्त मुंशी से एक प्रमाण पत्र, बीमा कंपनी के प्रमुख अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित लगा देना, नीचे दिए गए नमूने के अनुसार करेगा (इस की भाषा में परिवर्तित नहीं किया जाना चाहिए)																	
आई																	
जगह				नियुक्त मुंशी के हस्ताक्षर.													
तिथि																	
नाम के साथ प्रमुख अधिकारी, और कंपनी की मुहर के नाम और क्वउटर हस्ताक्षर.																	
सील.																	

इनपुट
हेल्थ_भारतीय_कार्यालय_1

कार्यालय विवरण - त्रैमासिक

उद्देश्य और आवृत्ति

यह फार्म प्रत्येक बीमाकर्ता के लिए प्रत्येक राज्यों में कार्यालय (शाखा) विवरण पर जानकारी एकत्रित करता है

यह फार्म मौजूदा कार्यालय सूचना के मौजूदा फार्म पर फिर से इंजीनियर किया गया है

इस वापसी की आवृत्ति तिमाही है.

फिल्टर और मापदण्ड

वर्ष

तिमाही

बीमाकर्ता के नाम

भारत में व्यापार

शाखाओं की संख्या इस तिमाही

#	राज्य	शाखाओं की तिमाही की शुरुआत में संख्या	तिमाही के दौरान सैद्धांतिक रूप से मंजूरी दी गई शाखाओं की संख्या	पिछली तिमाही के अनुमोदन में से	इस तिमाही के अनुमोदन में से	इस तिमाही के दौरान बंद की गई शाखाओं की संख्या	तिमाही के अंत में शाखाओं की संख्या	स्थानांतरित कार्यालयों की संख्या	विलय कर दिया कार्यालयों की संख्या	ग्रामीण क्षेत्र में मौजूद शाखाओं की संख्या	नगर क्षेत्र में मौजूद शाखाओं की संख्या
	कॉमन कोड	ए	बी	सी	डी	ई	एफ	जी	एच	जे	के
1	आंध्र प्रदेश										
2	अरुणाचल प्रदेश										
3	असम										
4	बिहार										
5	छत्तीसगढ़										
6	गोआ										
7	गुजरात										
8	हरियाणा										
9	हिमाचल प्रदेश										
10	जम्मू और क										
11	झारखंड										
12	कर्नाटक										
13	केरल										
14	मध्य प्रदेश										

660 GI/13-18

	15	महाराष्ट्र															
	16	मणिपुर															
	17	मेघालय															
	18	मिज़ोरम															
	19	नागालैंड															
	20	उड़ीसा															
	21	पंजाब															
	22	राजस्थान															
	23	सिक्किम															
	24	तमिलनाडु															
	25	त्रिपुरा															
	26	उत्तर प्रदेश															
	27	उत्तराखंड															
	28	पश्चिम बंगाल															
	29	अंडमान एवं निकोबार.															
	30	चंडीगढ़															
	31	दादरा एवं नागरा हवेली															
	32	दमन और दीव															
	33	दिल्ली															
	34	लक्षद्वीप															
	35	पुडुचेरी															
	#	*संपूर्ण*															

इनपुट हेल्थ_विदेशी कार्यालय_1

विदेशी कार्यालयों के विवरण

उद्देश्य और आवृत्ति

यह फॉर्म विदेशी कार्यालयों जो प्रतिनिधि कार्यालयों, शाखाओं, सहायक, एजेंसी कार्यालयों के रूप में वर्गीकृत है, पर सूचना एकत्रित करता है

यह विदेशी कार्यालयों के बारे में जानकारी पर एकत्रित करने के लिये नया रूप है

इस वापसी की आवृत्ति तिमाही है.

फिल्टर और मापदण्ड

वर्ष

तिमाही

बीमा कंपनी के नाम

देश

#	ब्यौरे	सं.	क्या स्थानीय प्राधिकरण द्वारा नियमित है										
	कॉलम कोड	क	ख										
1	प्रतिनिधि शाखाओं की संख्या												
2	भारत के बाहर शाखाओं की संख्या												
3	भारत से बाहर सहायक की संख्या												
4	भारत के बाहर एजेंसी कार्यालयों की संख्या												
#	भारत के बाहर कुल कार्यालयों की संख्या												
नोट:													
*	एक प्रतिनिधि कार्यालय जो एक कंपनी द्वारा एक विदेशी राष्ट्र जहाँ एक शाखा कार्यालय या सहायक नहीं है वहाँ पर विपणन तथा अन्य गैर व्यवहारिक परिचालन करने के लिये स्थापित किया गया है।												
**	बीमा कंपनी की एक शाखा एक रिटेल स्थान है जहां एक बीमाकर्ता अपने ग्राहकों को स्वचालित और आमने सामने सेवाओं की एक विस्तृत सरणी देता है।												
***	व्यापार के मामलों में, एक सहायक, एक इकाई है जो एक अलग से उच्च संस्था द्वारा नियंत्रित किया जाता है												
****	एक एजेंसी कार्यालय एक संस्था है जहां व्यापार बीमा कंपनियों के एजेंटों द्वारा किया जाता है												

प्रतिनिधि_हेल्थ_कार्यालय_1														
कार्यालय विवरण - त्रैमासिक														
उद्देश्य और आवृति														
इस रिपोर्ट का उद्देश्य प्रत्येक राज्य में और एक समग्र स्तर पर प्रत्येक बीमा कंपनी के कार्यालय विवरण प्रदान करना है														
इस रिपोर्ट की आवृत्ति तिमाही है														
फिल्टर और मापदण्ड														
	वर्ष					तिमाही								
	राज्य													
				वर्ष के दौरान खोली गई शाखाओं की संख्या										
#	बीमा कंपनी के नाम	कार्यालयों के साल की शुरुआत में संख्या	वर्ष के दौरान अनुमोदित शाखाओं की संख्या	पिछले वर्ष के अनुमोदन में से	इस वर्ष के अनुमोदन में से	वर्ष के दौरान बंद की गई शाखाओं की संख्या	वर्ष के अंत में शाखाओं की संख्या							
	कॉलम कोड	ए	बी	सी	डी	ई	एफ							
	स्रोत / गणना	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	इनपुट_ गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1							
1														
2														
3														
4														
5														
6														
#	*संपूर्ण*													

प्रतिनिधि _ स्वास्थ्य _ कार्यालय_2

राज्यानुसार कार्यालयों का वितरण - त्रैमासिक

उद्देश्य और आवृति

इस फार्म का उद्देश्य प्रत्येक बीमाकर्ता के लिये प्रत्येक राज्य में कार्यालय स्थान के विवरण पर जानकारी प्रदान करना है

रिपोर्ट की आवृत्ति त्रिमासिक है

फिल्टर और मापदण्ड

वर्ष	**तिमाही**
राज्य	

#	बीमाकर्ता का नाम	स्वीकृत परंतु खोली नहीं गई शाखाओं की संख्या	ग्राम - क्षेत्र		शहरी क्षेत्र	
			ग्रामीण शाखाओं की संख्या	ग्रामीण शाखा की %	शहरी शाखाओं की संख्या	शहरी शाखाओं का प्रतिशत
	कॉलम कोड	से	ख	सी	घ	ई
	स्रोत / गणना	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	= 100 * / b (ख + घ)	इनपुट_ गैर _ जीवन _ कार्यालय_ 1	= 100 * / घ (ख + घ)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
#	*संपूर्ण*					

660 GI/13-19

इनपुट हेल्थ_कार्यालय_3

प्रत्येक राज्य में कार्यालयों का विकास - वार्षिक

उद्देश्य और फ्रीक्वेंसी

इस रिपोर्ट का उद्देश्य प्रत्येक राज्य भर में कार्यालयों के वितरण का एक सारांश प्रदान करने के लिए है.

इस रिपोर्ट की आवृत्ति वार्षिक है.

फिल्टर और मापदण्ड

	वर्ष											
		चालू वर्ष		पिछले वर्ष		दूसरा पिछले वर्ष		तीसरा पिछले वर्ष		चौथे पिछले वर्ष		
#	राज्य का नाम	ग्रामीण कार्यालयों की संख्या	शहरी कार्यालयों की संख्या	ग्रामीण कार्यालयों की संख्या	शहरी कार्यालयों की संख्या	ग्रामीण कार्यालयों की संख्या	शहरी कार्यालयों की संख्या	ग्रामीण कार्यालयों की संख्या	शहरी कार्यालयों की संख्या	ग्रामीण कार्यालयों की संख्या	शहरी कार्यालयों की संख्या	
	कॉलम कोड	क	ख	सी	घ	ई	च	छ	ज	आई	जे	
	स्रोत / गणना	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	इनपुट_गैर _जीवन _ कार्यालय_1	
1	आंध्र प्रदेश											
2	अरुणाचल प्रदेश											
3	असम											
4	बिहार											
5	छत्तीसगढ़											
6	गोआ											
7	गुजरात											
8	हरियाणा											
9	हिमाचल प्रदेश											
10	जम्मू और के											
11	झारखंड											
12	कर्नाटक											
13	केरल											
14	मध्य प्रदेश											
15	महाराष्ट्र											

	16	मणिपुर												
	17	मेघालय												
	18	मिज़ोरम												
	19	नागालैंड												
	20	उड़ीसा												
	21	पंजाब												
	22	राजस्थान												
	23	सिक्किम												
	24	तमिलनाडु												
	25	त्रिपुरा												
	26	उत्तर प्रदेश												
	27	उत्तराखंड												
	28	पश्चिम बंगाल												
	29	अंडमान एवं निकोबार.												
	30	चंडीगढ़												
	31	दादरा एवं नागरा हवेली												
	32	दमन और दीव												
	33	दिल्ली												
	34	लक्षद्वीप												
	35	पुडुचेरी												
	#	*संपूर्ण*												

INSURANCE REGULATORY AND DEVELOPMENT AUTHORITY

NOTIFICATION

Hyderabad, the 16th February, 2013

Insurance Regulatory and Development Authority (Health Insurance) Regulations, 2013

F. No. IRDA/Reg./14/72/2013.—In exercise of the powers conferred under Section 114A of the Insurance Act 1938 and Section 14 read with section 26 of the IRDA Act 1999 and in consultation with the Insurance Advisory Committee, the Authority hereby makes the following regulations, namely:-

1. **Short title and commencement.**

   a. These Regulations may be called Insurance Regulatory and Development Authority (Health Insurance) Regulations, 2013

   b. They shall come into force from the date of their publication in the Official Gazette of the Government of India.

   c. Unless otherwise provided by this Regulation, nothing in this Regulation shall deem to invalidate the health insurance contracts entered prior to these Regulations coming into force

   d. These Regulations are applicable to all licensed life insurers, non-life insurers and health insurers, conducting health insurance business as defined under these regulations in India.

2. **Definitions.** In these Regulations, unless the context otherwise requires,--

   a. "Act" means the Insurance Act, 1938.
   b. "Agreement" means an agreement prescribing the terms and conditions of services, which may be rendered to the holders of health policies of an Insurance Company entered into between
      i. a Third Party Administrator (TPA) and an insurance company ; or
      ii. a Network provider and an Insurance Company, which may include a TPA as a third party.
      iii. a Network provider, a TPA, and the insurer.
   c. "Authority" means the Insurance Regulatory and Development Authority established under sub section 1 of section 3 of the IRDA Act 1999.
   d. "Break in policy" occurs at the end of the existing policy term, when the premium due for renewal on a given policy is not paid on or before the premium renewal date or within 30 days thereof.
   e. "Cashless facility" means a facility extended by the insurer to the insured where the payments, of the costs of treatment undergone by the insured in accordance with the policy terms and conditions, are directly made to the network provider by the insurer to the extent pre-authorization approved.
   f. "File and Use Procedure" means a procedure to be followed for health insurance product approval by the insurers in accordance with guidelines/circular issued by the Authority.
   g. "Health insurance business" or "health cover" means the effecting of insurance contracts which provide for sickness benefits or medical, surgical or hospital expense benefits, including assured benefits and long-term care, travel insurance and personal accident cover.

h. "Health Services by TPA" means the services rendered by a TPA to an insurer under an agreement in connection with health insurance business but does not include the business of an insurance company or the soliciting either directly or indirectly, of health insurance business or deciding on the admissibility of a claim or its rejection.

i. "Health plus Life Combi Products" mean products which offer the combination of a Pure Term Life Insurance cover of a life insurance companies and a Health Insurance cover offered by non-life and/or standalone health insurance companies.

j. "Network Provider" means hospitals or health care providers enlisted by an insurer or by a TPA and insurer together to provide medical services to an insured on payment by a cashless facility.

k. "Portability" means the right accorded to an individual health insurance policyholder (including family cover), to transfer the credit gained for pre-existing conditions and time bound exclusions, from one insurer to another insurer or from one plan to another plan of the same insurer, provided the previous policy has been maintained without any break.

l. "Senior citizen" means any person who has completed sixty or more years of age as on the date of commencement or renewal of a health insurance policy.

m. "Third Party Administrators or TPA means any person who is licensed under the IRDA (Third Party Administrators – Health Services) Regulations,2001 by the Authority, and is engaged, for a fee or remuneration by an insurance company, for the purposes of providing health services.

n. All words or expressions not defined in these Regulations but defined in the Insurance Act 1938 or Insurance Regulatory and Development Authority Act 1999 shall have the same meanings respectively assigned to them in those Acts.

3. Registration and Scope of Health Business

a. Health Insurance products may be offered only by entities with a valid registration under the Insurance Regulatory and Development Authority (Registration of Indian Insurance Companies) Regulations 2001.

b. Life Insurance Companies may offer long term health products but the premium for such products shall remain unchanged for at least a period of every block of three years, thereafter the premium may be reviewed and modified as necessary.

c. Non-Life and Standalone Health insurance companies may offer individual health products with a minimum tenure of one year and a maximum tenure of three years, provided that the premium shall remain unchanged for the tenure.

d. Group Health Insurance Policies may be offered by any insurance company, provided that all such products shall only be one year renewable contracts. However, the non-life and standalone health insurers may offer group personal accident products with term less than one year also to provide coverage to any specific events.

e. Overseas or Domestic Travel Insurance policies may only be offered by non-life and standalone health insurance companies, either as a standalone product or as an add-on cover to an existing health policy, provided that the premium for the add-on cover is approved by the Authority under File And Use Procedure.

4. File and Use Procedure for health insurance products

a. No health insurance product shall be marketed by any insurer unless it has the prior clearance of the Authority accorded as per the File and Use Procedure.

b. Any subsequent revision or modification of any approved health insurance product shall also require the prior clearance of the Authority as per the guidelines issued from time to time.

i. Any revision or modification in a policy which is approved by the Authority shall be notified to each policy holder at least three months prior to the date when such revision or modification comes into effect. The notice shall set out the reasons for such revision or modification, in particular the reason for an increase in premium and the quantum of such increase.

ii. The possibility a revision or modification of the terms of the policy including the premium must be disclosed in the prospectus.

c. File & Use application for the prior approval of the Authority shall be certified by the Appointed Actuary and the CEO of the insurance company and shall be in such formats and accompanied by such documentation as may be stipulated by the Authority from time to time.

660 GI/13-20

d. **Withdrawal of Health Insurance Product**

i. To withdraw a health insurance product, the insurer shall take prior approval of the Authority by giving reasons for withdrawal and complete details of the treatment to the existing policyholders.

ii. The policy document shall clearly indicate the possibility of withdrawal of the products in the future and the options that would be available to the policyholder on withdrawal of the products.

iii. If the existing customer does not respond to the insurer's intimation, the policy shall be withdrawn on the renewal date and the insured shall have to take a new policy available with the insurer, subject to portability conditions.

iv. The withdrawn product shall not be offered to the prospective customers.

e. All particulars of any product shall after introduction be reviewed by the Appointed Actuary at least once a year. If the product is found to be financial unviable, or is deficient in any particular the Appointed Actuary may revise the product appropriately and apply for revision under File and Use procedure.

f. Five years after a product has been accorded File and Use approval, the Appointed Actuary shall review the performance of the product in terms of morbidity, lapse, interest rates, inflation, expenses and other relevant particulars as compared to the original assumptions made while designing such product and seek fresh approval with suitable justifications or modifications of the earlier assumptions made.

5. **General Provisions relating to Health Policies**

a. Health insurance product may be designed to offer various covers

i. To specified age or gender groups

ii. To different age groups

iii. To treatment in all hospitals throughout the country, provided the definition of hospital is met

iv. To treatment in specified hospitals only, provided the morbidity rates used are representative

v. To treatment in specified geographies only, provided the morbidity rates used are representative etc

provided, such specifications are disclosed upfront and clearly in the product prospectus, documents and sale process.

b. Insurer shall not compel the insured to migrate to other health insurance products, if it is to the disadvantage of insured.

c. Insurers shall ensure adequate dissemination of product information on all their health insurance products on their websites. This information shall include a description of the product, copies of the prospectus as approved under the File and Use Procedure, proposal form, policy document wordings and premium rates inclusive and exclusive of Service Tax as applicable.

d. **Nomination and Assignment**

i. All health insurance policies shall provide for a nomination registered at the time of the proposal in accordance with Section 39 of the Insurance Act, 1938.

ii. No assignment of health insurance policies shall be allowed irrespective of whether the coverage provided under such policies are indemnity based or benefit based. Provided that, in Life-Health Combi products, assignment may be allowed only for the life insurance component of the product in accordance with Section 38 of the Insurance Act, 1938.

e. **Entry and Exit Age**

i. Except as provided for in regulation j, all health insurance policies shall ordinarily provide for an entry age of at least up to 65 years.

ii. Except travel insurance products and for products in accordance with Regulation j and 4 (d) herein, once a proposal is accepted and a policy is issued which is thereafter renewed periodically without any break, further renewal shall not be denied on grounds of the age of the insured.

f. **Renewal of Policies**

i. A health insurance policy shall ordinarily be renewable except on grounds of fraud, moral hazard or misrepresentation or non-cooperation by the insured.

ii. The renewal of a health insurance policy sought by the insured shall not be denied arbitrarily. If denied, the insurer shall provide the policyholder with cogent reasons for such denial of renewal.

iii. A insurer shall not deny the renewal of a health insurance policy on the ground that the insured had made a claim or claims in the previous or earlier years, except for benefit based policies where the policy terminates following payment of the benefit covered under the policy like critical illness policy following payment of the critical illness benefit, the policy terminates.

iv. The insurer shall provide for a mechanism to condone a delay in renewal up to 30 days from the due date of renewal without deeming such condonation as a break in policy. However coverage need not be available for such period.

v. The promotion material and the policy document shall explicitly state the conditions under which a policy terminates, such as on the payment of the benefit in case of critical illness benefits policies.

g. **Free Look Period**

i. All Health insurance Policies shall have a free look period. The free look period shall be applicable at the inception of the policy and:

1. The insured will be allowed a period of at least 15 days from the date of receipt of the policy to review the terms and conditions of the policy and to return the same if not acceptable

2. If the insured has not made any claim during the free look period, the insured shall be entitled to-

a. A refund of the premium paid less any expenses incurred by the insurer on medical examination of the insured persons and the stamp duty charges or;

b. where the risk has already commenced and the option of return of the policy is exercised by the policyholder, a deduction towards the proportionate risk premium for period on cover or;

c. Where only a part of the risk has commenced, such proportionate risk premium commensurate with the risk covered during such period.

d. In respect of unit linked policy, in addition to the above deductions, the insurer shall also be entitled to repurchase the unit at the price of the units as on the date of the return of the policy.

h. **Cost of pre-insurance health check up**

i. The cost of any pre-insurance medical examination shall generally form part of the expenses allowed in arriving at the premium. However in case of products with term of one year and less, if such cost is to be incurred by the insured, not less than 50% of such cost shall be borne by the insurer once the proposal is accepted, except in travel insurance policies where such costs need not be reimbursed.

ii. Insurers shall maintain a list of, and the fees chargeable by, institutions where such pre-insurance medical examination may be conducted, the reports from which will be accepted by them. Such list shall be furnished to the prospective policyholder at the time of pre-insurance medical examination.

i. **Cumulative bonus**

i. Insurers may offer cumulative bonuses on indemnity based health insurance policies, which shall be stated explicitly in the prospectus and the policy document.

ii. If a claim is made in any particular year, the cumulative bonus accrued may be reduced at the same rate at which it is accrued;

iii. Cumulative bonus shall not be allowed on benefit based policies.

j. **Option to migrate to suitable health insurance policy**

i. Insurers offering health covers specific to age groups such as maternity covers, children under family floater policies, students etc, shall offer an option to migrate to a suitable health insurance policy at the end of the specified exit age or at the renewal of the policy by providing suitable credits for all the previous policy years, provided the policy has been maintained without a break.

k. All health insurance policies shall allow the portability of any policy in accordance with Schedule:1

l. **AYUSH Coverage**:

i. Insurers may provide coverage to non-allopathic treatments provided the treatment has been undergone in a government hospital or in any institute recognized by government and/or accredited by Quality Council of India/National Accreditation Board on Health or any other suitable institutions.

ii. For benefit based products, (i) shall not be applicable.

m. **Disclosures/Declarations:**

i. Subject to the provisions of these regulations, prospectus of health insurance policy shall mandatorily contain all the information regarding:

1. disclosures about the terms of its renewal.

2. coverage and premium applicable as per the age progression

3. disclosure of the maximum age up to when the renewal would be available, if product is offered to specified age groups and the option available to migrate to other policies in all such cases.

4. any changes in the scope of the cover after certain duration of the policy or after a certain age- such as including but not limited to coverage for pre-existing diseases;

5. whether renewal premium would be guaranteed or subject to revision;

6. details of specific circumstances, if any, where premium could be loaded (or discount withdrawn) by the insurer and also to the extent to which it could be done;

7. procedure and terms for enhancing the sum insured or scope of cover , if any;

8. all the exclusions, cancellation conditions and

9. other aspects in accordance with the extant regulations, guidelines, circulars etc on advertisements and disclosure requirements.

ii. Declarations shall only form part of the proposal form and shall not be included in the policy document. The standard declarations in the proposal form shall be:

1. "I/We hereby declare, on my behalf and on behalf of all persons proposed to be insured, that the above statements, answers and/or particulars given by me are true and complete in all respects to the best of my knowledge and that I/We am/are authorized to propose on behalf of these other persons.

2. I understand that the information provided by me will form the basis of the insurance policy, is subject to the Board approved underwriting policy of the insurance company and that the policy will come into force only after full receipt of the premium chargeable.

3. I/We further declare that I/we will notify in writing any change occurring in the occupation or general health of the life to be insured/proposer after the proposal has been submitted but before communication of the risk acceptance by the company.

4. I/We declare and consent to the company seeking medical information from any doctor or from a hospital who at anytime has attended on the life to be insured/proposer or from any past or present employer concerning anything which affects the physical or mental health of the life to be assured/proposer and seeking information from any insurance company to which an application for insurance on the life to be assured/proposer has been made for the purpose of underwriting the proposal and/or claim settlement.

5. I/We authorize the company to share information pertaining to my proposal including the medical records for the sole purpose of proposal underwriting and/or claims settlement and with any Governmental and/or Regulatory authority."

n. **Standard Definition of terms in health insurance policies**

i. Phrases and terms used in all health insurance policies shall carry the meaning attached to them as set out in 'Standard Definitions', if any, issued by the Authority from time to time.

o. **Standard Nomenclature and Procedures for Critical Illnesses**

i. The nomenclature and procedures incorporated into policies offering 'critical illness cover' shall be as defined by the Authority from time to time.

p. **Standard List of Excluded Expenses in Hospitalization Indemnity policies**

i. Hospitalization indemnity policies shall generally exclude from cover the Standard list of excluded items as may be stipulated by the Authority from time to time.

ii. However insurers may offer to cover as part of hospitalization expenses, items in the Standard excluded list or exclude items not in the list, provided that such modification is shall clearly stated and such modified list is annexed to the policy document.

q. **Special Provisions for Insured Persons who are Senior Citizens**

i. The premium charged for health insurance products offered to senior citizens shall be fair, justified, transparent and duly disclosed upfront. The insured shall be informed in writing of any underwriting loading charged over and above the premium and the specific consent of the policyholder for such loadings shall be obtained before issuance of a policy.

ii. All health insurers and TPAs, as the case may be, shall establish a separate channel to address the health insurance related claims and grievances of senior citizens.

r. **Multiple Policies**

i. If two or more policies are taken by an insured during a period from one or more insurers, the contribution clause shall not be applicable where the cover/benefit offered:

1. is fixed in nature;

2. does not have any relation to the treatment costs;

ii. In case of multiple policies which provide fixed benefits, on the occurrence of the insured event in accordance with the terms and conditions of the policies, the insurer shall make the claim payments independent of payments received under other similar polices.

iii. If two or more policies are taken by an insured during a period from one or more insurers to indemnify treatment costs, the insurer shall not apply the contribution clause, but the policyholder shall have the right to require a settlement of his claim in terms of any of his policies.

1. In all such cases the insurer who has issued the chosen policy shall be obliged to settle the claim without insisting on the contribution clause as long as the claim is within the limits of and according to the terms of the chosen policy.

2. If the amount to be claimed exceeds the sum insured under a single policy after considering the deductibles or co-pay, the policy holder shall have the right to choose insurers by whom the claim to be settled. In such cases, the insurer may settle the claim with contribution clause.

3. Except in benefit policies, in cases where an insured has policies from more than one insurer to cover the same risk on indemnity basis, the insured shall only be indemnified the hospitalization costs in accordance with the terms and conditions of the policy.

6. Underwriting

a. All Insurance Company's shall evolve a Health Insurance Underwriting Policy which shall be approved by the Board of the Company. The policy should among other matters prescribe the proposal form in which prospects may apply for purchasing a Health Policy. Such form should capture all the information necessary to underwrite a proposal in accordance with the stated Policy of the Company.

b. The Underwriting Policy shall be filed with the Authority. The Company retains the right to modify the Policy as it deems necessary, but every modification shall also be filed with the Authority.

c. Any proposal for health insurance may be accepted or denied wholly based on the Board approved underwriting policy. A denial of a proposal shall be communicated to the prospect in writing, recording the reasons for denial.

d. The insured shall be informed of any underwriting loading charged over and above the premium and the specific consent of the policyholder for such loadings shall be obtained before issuance of a policy.

e. If an insurance company requires any further information, such as change of occupation, at any subsequent stage of a policy or at the time of its renewal, it shall

i. prescribe standard forms to be filled up by the insured and shall make these forms part of the policy document

ii. Clearly state the events which will require the submission of such information.

iii. Clearly state the conditions applicable in such event.

f. Insurers may devise mechanisms or incentives to reward policyholders for early entry, continued renewals, favourable claims experience etc with the same insurer and disclose upfront such mechanism or incentives in the prospectus and the policy document, as approved under File and Use.

7. Principles of Pricing of Health Insurance Products

a. The premium for a health insurance policy shall be based on,

i. for individual policies, the completed age of the prospect on the date of inception of the policy or on the date of its renewal..

ii. for provision of cover under family floater, the impact of the multiple incidence rates of all family members proposed to be covered.

b. . The policy premiums shall be unchanged

i. for all group products and travel insurance products, for the entire period of cover.

ii. for all individual and family floater products, other than travel insurance products, for at least:

1. a period of one year in case of one year renewable policies and

2. for the period of the tenure as stipulated in Regulations 3 (b) and 3(c) herein in the case of multi-year policies..

c. For a period of three years after a product has been cleared under File and Use Procedure the premiums filed shall ordinarily not be changed. Thereafter the insurer may vary the premium rates depending on the experience, such rate shall not be changed for a period of at least one year from the date of clearance from the Authority.

d. Changes in rates will be applicable from the date of approval by the Authority and shall be applied only prospectively thereafter for new policies and at the date of renewal for renewals.

e. The reasonableness of the pricing as arrived at by the insurer will be assessed having regard to the financial sustainability and viability of the product with respect to the rates, loadings, guarantees and discounts, and the accuracy of the assumptions underlying the pricing model adopted.

f. At the time of filing the product under the File and Use procedure, the insurer shall provide:

i. complete pricing details including the methodology adopted to arrive at the premiums, together with the data sources utilized;

ii. assumptions made shall include the expected claim frequency and claim severities across age bands, expected expenses, lapse rates etc;

iii. specific loadings, if any, allowed;

iv. the profit margin at various model points or the expected loss ratios and the expected combined ratios across various model points across the entire portfolio;

v. the underwriting capacity required for the product and the actual capacity available with the insurer;

vi. the retention capacity to manage the business

vii. internal capacity building measures, if any, required to offer the proposed product and

viii. any other relevant metric for the product proposed.

g. Applications for revision of premium rates shall be filed before the Authority for approval under the File and Use Procedure and shall encompass

i. the justification for the revision in price;

ii. the claims experience of the three immediately preceding years compared to the expected experience duly explaining the variations, and the experience of any similar product.

iii. the expected claims experience, the assumptions underlying the proposed pricing along with an analysis of how the proposed pricing would address the adversities experienced sustainably.

h. **Loadings on Renewals**:

i. The loadings on renewals shall be in terms of increase or decrease in premiums offered for the entire portfolio and shall not be based on any individual policy claim experience.

ii. The discounts and loadings offered shall:

1. not be at the discretion of the insurer;

2. be based on an objective criteria;

3. be disclosed upfront in the prospectus and policy document along with the objective criteria, and shall be as approved under the File and Use.

i. **Upper Limit/Maximum Cover offered under a contract:**

i. If in a benefit based health insurance policy the insurer has prescribed any upper limit for any specified benefit or cover, the insurer shall not accept any proposal for a cover beyond such upper limit, unless the premium for such cover is separately charged.

ii. Complete pricing details on how such inbuilt limits are considered in arriving at the total premium shall be provided under the File and Use.

iii. If any proposal is accepted beyond such upper limit, the insurer shall not deny a claim on the ground that the policy exceeds the upper limit prescribed for that policy.

iv. However, the insurer may cancel the cover beyond such upper limit and shall return the proportionate premium, provided that

1. the policyholder, at the time of proposal, has not disclosed the existing and simultaneous policy details in the proposal form and

2. the existence of such policy is revealed only subsequently resulting in the cover accepted beyond the upper limit, and

3. Such other policy has been underwritten by another insurance company.

8. Protection of Policyholders' Interest

a. Unless otherwise provided, the IRDA (Policyholder Protection of Interest) Regulation, 2002 is applicable to all health insurance policies.

b. Every insured shall be provided with a Key Information Sheet setting out in simple language briefly but clearly all the important features of the policy, its claim limits, disallowances. The authority may prescribe such document.

c. The insurer shall establish necessary systems, procedures, offices and infrastructure to enable efficient issuance of pre-authorisations on a 24 hour basis and the prompt settlement of claims and grievances.

d. **Settlement/Rejection of claim by insurer:**

i. An insurer shall settle claims, including its rejection, within thirty days of the receipt of the last 'necessary' document.

ii. Except in cases where a fraud is suspected, ordinarily no document not listed in the policy terms and conditions shall be deemed 'necessary'. The insurer shall ensure that all the documents required for claims processing are called for at one time and shall not call for the documents in a piece meal manner.

iii. The information that the insurer has captured in the proposal form at the time of accepting the proposal, the terms & conditions offered under the policy, the medical history as revealed by earlier claims, if any, and the prior claims experience shall all be maintained by the insurer as an electronic record and shall not be called for again from the policyholder/insured at the time of subsequent claim settlements. If called, for such information will not be deemed 'necessary.'

iv. If the claim event falls within two policy periods, the claims shall be paid taking into

consideration the available sum insured in the two policy periods, including the deductibles for each policy period. Such eligible claim amount to be payable to the insured shall be reduced to the extent of premium to be received for the renewal/due date of premium of health insurance policy, if not received earlier.

v. Insurer may stipulate a period within which all necessary claim documents should be furnished by the policyholder/insured to make a claim. However, claims filed even beyond such period should be considered if there are valid reasons for any delay.

e. **Minimum Disclosures in Policy Document**: In addition to the requirements stipulated in IRDA (Protection of Policyholders' Interest) Regulations, 2000 the policy document shall contain:

i. List of disclosures required as per this regulation.

ii. Procedure for claims submission, time lines and possible course of action, if time lines for claim submission are not adhered to along with all the claims documents required for claim processing.

iii. Sub-limits applicable on any of the covers offered in the health insurance product and the impact of such sub-limits on other covers provided in the product, if any, shall be clearly spelt out.

iv. Penal interest provision shall invariably be incorporated in the policy document as per Regulation 9(6) of (Protection of Policyholders' Interests) Regulations, 2002.

v. The TPA(s) details, if any along with complete address and contact numbers shall be attached to the policy document and shall be updated as and when there is a change in the TPA (s).

9. Administration of Health Policies

a. Subject to the terms of a policy, insurers shall extend to all policy holders a cashless facility for treatment at specified establishments or the reimbursement of the costs of medical and health treatments or services availed at any medical establishment.

b. Cashless facility shall be offered only at establishments which have entered into an Agreement with the insurer to extend such services. Such establishments will be termed as Network Providers. Reimbursement shall be allowed at any medical establishment. All such establishments must be licensed or registered as may be required by any Local, State or National Law as applicable.

c. The administration of all health plus life-combi products shall be in accordance with the provisions of Schedule II to this Regulation as may be amended from time to time by the Authority.

d. Except in emergencies a cashless facility may require a Pre-Authorisation to be issued by the Insurer or an appointed TPA to the Network Provider where the treatment is to be undergone. The Authority may prescribe a Standard Pre-Authorisation form and standard reimbursement claims forms which shall be used for this purpose, as applicable.

e. To avail the benefit of cashless facility, insurers shall issue an Identification Card to the insured within 15 days from the date of issue of a policy, either through a TPA or directly.

f. The identification card shall, at the minimum, carry details of the policyholder and the logo of the insurer. The validity of card shall coincide with the term of the policy and mayas renewed from time to time. Insures may issue a Smart Card instead of an Identity Card.

g. Where a policyholder has been issued a pre-authorisation for the conduct of a given procedure in a given hospital or if the policyholder is already undergoing such treatment at a hospital, and such hospital is proposed to be removed from the list of Network Provider, then insurers shall provide the benefits of cashless facility to such policy holder as if such hospital continues to be on the Network Provider list.

h. Insurer shall keep the insured informed of the list of Network Providers and display the same on their website and the appointed TPA's office. Such list shall be updated as and when there is any change in the Network providers.

i. The insured shall have access to all the Network Providers of an insurer to avail cashless facility as long as the insurer has a valid service agreement with the Network Provider and such Network Providers shall remain unchanged irrespective of change in TPAs.

j. An insurance company may enter into arrangement with other insurance companies for sharing of Network Providers, transfer of claim & transaction data arising in areas beyond their service areas.

10. **Agreement between Insurers, Network Providers and TPAs**

a. Insurance companies may offer policies providing cashless services to the policyholders provided:

i. The services are offered in network providers who have been enlisted to provide medical services either directly under an agreement with the insurer or by an agreement between health services provider, the TPA and the insurer.

ii. The Authority may, from time to time, prescribe clauses to be included in such agreements as stipulated in (b).

iii. the Agreements which shall be entered into between insurers, network providers/TPAs shall cover the following amongst others:

1. the tariff applicable with respect to various kinds of healthcare services being provided by the network provider.
2. a clause empowering the insurer to cancel or otherwise modify the agreement in case of any fraud, misrepresentation, inadequacy of service or other non-compliance or default on the part of TPA or network provider; provided no such cancellation or modification shall be done by the insurer unless the concerned TPA/ network provider is given an opportunity of being heard.
3. a standard clause providing for continuance of services by a network provider to the insurance company if the TPA is changed or the agreement with TPA is terminated.
4. a clause providing for opting out of network provider from a given TPA for reasons of inadequacy of service rendered by the TPA to the network provider.
5. a clause specifying the fees and other charges leviable by an insurance company to the TPA for services rendered.
6. a clause specifically requiring only the insurance company the power to deny a claim.
7. a clause enabling insurer to inspect the premises of the network provider at any time without prior intimation.

b. The Authority may from time to time prescribe standard clauses to be included in such agreements.

c. The insurance company shall endeavour to enter into Agreements with adequate number of both public and private sector providers with adequate geographical spread.

11. **Payments to Network Providers and Settlement of Claims of Policyholders:**

a. For the purpose of claim settlement, insurer shall make direct payments to the Network provider and to the policyholders by integrating their banking system platform with the network provider or the insured,

as the case may be. Provided that, if a claimant opts for payment through a cheque or Demand Draft, the insurer shall not deny such request.

12. Services offered by TPA in relation to Health Insurance Policies

a. The insurer may enter into an Agreement for the provision of defined services with a TPA holding a valid license issued in accordance with the IRDA (Third Party Administrators) Regulations, 2001 as may be amended from time to time.

b. The services offered by a TPA shall not include

i. Claim settlements and rejections with respect to the health insurance policies; However, TPA may handle claims admissions and recommend to the insurer for the payment of the claim settlement, provided a detailed guideline is prescribed by the insurer to the TPA for claims assessments & admissions in terms of capacity requirements, internal control requirements, claim assessment & admissions procedure requirements etc under the agreement.

ii. Any services directly to the policyholder or insured or to any other person unless such service is in accordance with the terms and conditions of the Agreement entered into with the insurer.

c. The TPA shall have in place the infrastructure necessary to extend the health services as required to the policyholders at all times.

d. Settlement and Denial of Claims:

i. All documents submitted to TPA shall be electronically collected and shall be forwarded to the Insurers for taking a decision on the claim settlements or claim rejections.

ii. TPA shall, in the correspondence to the policyholder with respect to settlement/denial of the claims, state clearly the following:

"As per the instructions of the insurer <Name of the Insurer>, the claim is being settled/denied for Rs. <amount> on account of <specifics of treatment/grounds of denial>. For any further clarifications, you may directly contact the insurer."

iii. The above statement shall form the mandatory part of the communication to be sent to the policyholder in every case of settlement or denial of the claims.

iv. The insurer and the TPA shall be responsible for the proper and prompt service to the policyholders at all times.

e. Bar on Non-insurance healthcare schemes

i. The TPA shall offer health services only in accordance with the IRDA (Third Party Administrators) Regulations, 2001 and shall not provide any services:

1. directly or indirectly to non-insurance healthcare schemes or

2. directly to health insurance schemes promoted, sponsored or approved by entities not being insurance companies, such as Governments, PSU's etc.

3. directly or indirectly to the policyholder or insured, except the health services as per the agreement with the insurer.

13. Agreement between a TPA and an Insurance company

a. The insurer and the TPA shall themselves define the scope of the Agreement, the health and related services that may be provided by the TPA and the remuneration therefor. Provided that there shall be a clause in the Agreement for its termination by either party on grounds of mutual consent or any fraud, misrepresentation, inadequacy of service or other non-compliance or default fraud. Provided further that, there shall be no element in the Agreement which dilutes, restricts or otherwise modifies the

stipulations of the IRDA in respect of Policy Holder welfare, protection, service standards and turn-around-time parameters.

b. The remuneration to the TPA shall be based on the services rendered to the insurer and shall not be related to the product/policy experience or the reduction of claim costs or loss ratios of the insurer.

c. A copy of the Agreement entered into between the TPA and the Insurance Company or any modification thereof, shall be filed, within 15 days of its execution or modification, as the case may be, with the Authority.

d. More than one TPA may be engaged by an insurance company and, similarly, a TPA can serve more than one insurance company.

e. The Authority from time to time may prescribe minimum standard clauses to be included in the agreement between insurer and TPA.

14. Change of TPAs for servicing of Health Insurance Policies

a. A change in the TPA by the insurer shall be communicated to the policyholders 30 days before giving effect to the change.

b. The contact details like helpline numbers, addresses, etc. of the new TPA shall be made immediately available to all the policyholders in case of change of TPA.

c. The insurers shall take over all the data in respect of the policies serviced by the earlier TPA and make sure that the same is transferred seamlessly to the newly assigned TPA, if any. It shall be ensured that no inconvenience or hardship is caused to the policyholders as a result of the change. In this regard, the following aspects shall receive special attention:

i. Status of cases where pre-authorization has already been issued by existing TPA.

ii. Status of cases where claim documents have been submitted to the existing TPA for processing.

iii. Status of claims where processing has been completed by the TPA and payment is pending with the insurer/ TPA.

15. Data and related issues:

a. The TPA and the insurer shall establish a seamless flow of data transfer for all the claims.

b. The respective files shall be handed over to the insurer within 15 days of the claim settlement or rejection.

16. Submission of Returns to the Authority

a. All insurance companies carrying on health insurance business shall furnish the Returns to the Authority in accordance with Schedule-III.

17. Transitory Provisions

a. Withdrawal of Products

i. The Appointed Actuary shall examine every Health product, Group and Individual, in the Company's portfolio and list out those products which are not in compliance with the provisions in every particular of these Regulations. Such list shall be certified by the Appointed Actuary, counter signed by the CEO and submitted to the Authority on or before 30.06.2013.

ii. Products not in compliance with this Regulation shall all stand withdrawn and shall not be sold

1. In the case of Group Products, from 1st July 2013
2. In the case of Individual Products, from 1st October 2013

iii. No new members shall be enrolled into the existing group policies once the product stands withdrawn.

iv. Products which have been filed and are awaiting the approval of the Authority shall all be returned to the applicant to be refilled afresh after due examination for compliance

b. Remedial Measures

i. Insurers may on their own modify product features other than those relating to any benefits offered, premium bases, loading levied or discounts offered in the products. If such modifications suffice to render the product compliant in every particular of this Regulation, then on the basis of a certificate to that effect by the Appointed Actuary and the CEO, the Authority will record such change and allot the unique identification number where after such product may be introduced. The Authority reserves the right, in such cases to take appropriate action if it is established that this assertion of the Company was not well founded.

ii. Products which cannot be covered under the provisions of (i) above shall be appropriately modified and filed for a fresh approval under the File and Use. Such application shall be in a tabular format setting out the current provision and the revised provisions to render the product in compliance with this Regulation together with an analysis of the implications on pricing, reserving, profit margin and other relevant metrics.

iii. At renewal, all Group Policies shall be given an option

1. to switch over to a modified approved version of the group product, or
2. to continue to be renewed under the extant policy, provided that in such case no new members shall be enrolled after 1st June 2013 and the specific written consent is obtained by the group policyholder to continue in the old policy.

c. All the insurers shall inform the prospective policyholders about the possible changes in the products being sold during the transition period and give an option to the existing policyholders including prospective policyholders to switch over to the modified version if any, once introduced.

18. Repeal and Savings:

a. All the guidelines/clarifications/circulars/letters issued earlier in respect of the health insurance products shall abate from the date this regulation comes into force.

b. Unless otherwise provided by these regulations, nothing in these regulations shall deem to invalidate the health insurance contracts entered prior to these regulations coming into force.

Schedule: I

Portability of Health Insurance Policies offered by Life and General Insurers:

1. A policyholder desirous of porting his policy to another insurance company shall apply to such insurance company, to port the entire policy along with all the members of the family, if any, at least 45 days before the premium renewal date of his/her existing policy.

2. Insurer may not be liable to offer portability if policyholder fails to approach the new insurer at least 45 days before the premium renewal date.

3. Portability shall be opted by the policyholder only as stated in (1) above and not during the currency of the policy.

4. In case insurer is willing to consider the proposal for portability even if the policyholder fails to approach insurer at least 45 days before the renewal date, it may be free to do so.

5. Where the outcome of acceptance of portability is still waiting from the new insurer on the date of renewal

   a. the existing policy shall be allowed to extend, if requested by the policyholder, for the short period by accepting a pro- rate premium for such short period, which shall be of at least one month and

   b. shall not cancel existing policy until such time a confirmed policy from new insurer is received or at the specific written request of the insured

   c. the new insurer, in all such cases, shall reckon the date of the commencement of risk to match with date of expiry of the short period, wherever relevant.

660 GI/13-23

d. if for any reason the insured intends to continue the policy further with the existing insurer, it shall be allowed to continue by charging a regular premium and without imposing any new condition.

6. In case the policyholder has opted as in 5 (a), and there is a claim, then existing insurer may charge the balance premium for remaining part of the policy year provided the claims is accepted by the existing insurer. In such cases, policyholder shall be liable to pay the premium for the balance period and continue with existing insurer for that policy year.

7. On receipt of such intimation, the insurance company shall furnish the applicant, the Portability Form as set out in Annexure 'I' to these guidelines together with a proposal form and relevant product literature on the various health insurance products which could be offered.

8. The policyholder shall fill in the portability form along with proposal form and submit the same to the insurance company.

9. On receipt of the Portability Form, the insurance company shall address the existing insurance company seeking necessary details of medical history and claim history of the concerned policyholder. This shall be done through the web portal of the IRDA.

10. The insurance company receiving such a request on portability shall furnish the requisite data in the data format for porting insurance policies prescribed in the web portal of IRDA within 7 working days of the receipt of the request.

11. In case the existing insurer fails to provide the requisite data in the data format to the new insurance company within the specified time frame, it shall be viewed as violation of directions issued by the IRDA and the insurer shall be subject to penal provisions under the Insurance Act, 1938.

12. On receipt of the data from the existing insurance company, the new insurance company may underwrite the proposal and convey its decision to the policyholder in accordance with the Regulation 4 (6) of the IRDA (Protection of Policyholders' interest) Regulations, 2002.

13. If on receipt of data within the above time frame, the insurance company does not communicate its decision to the requesting policyholder within 15 days in accordance with its underwriting policy as filed by the company with the Authority, then the insurance company shall not retain the right to reject such proposal and shall have to accept the proposal.

14. In order to accept a policy which is porting-in, insurer shall not levy any additional loading or charges exclusively for the purpose of porting.

15. No commission shall be payable to any intermediary on the acceptance of a ported policy.

16. Portability shall be allowed in the following cases:

    a. All individual health insurance policies issued by non-life insurance companies including family floater policies

b. Individual members, including the family members covered under any group health insurance policy of a non-life insurance company shall have the right to migrate from such a group policy to an individual health insurance policy or a family floater policy with the same insurer. Thereafter, he/she shall be accorded the right mentioned in 1 above.

17. For any health insurance policy, waiting period with respect to pre-existing diseases and time bound exclusions shall be taken into account as follows:-

S. No	No of years of continuous insurance cover with previous insurer (s)	Waiting period to be served with new insurer in number of days/years				
		YY Days	1 Year	2 years	3 years	4 years
I.	XX Days at inception (XX-no of days as per the policy document)	(YY-XX) Days	N/A	N/A	N/A	N/A
II.	**For 1 year period exclusion:**					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
III.	**For 2 year period exclusion:**					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
IV.	**For 3 year period exclusion:**					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
	3 years	N/A	Nil	Nil	Nil	1 Year
V.	**For 4 year period exclusion:**					
	1 year	N/A	Nil	1 Year	2 Years	3 Years
	2 years	N/A	Nil	Nil	1 Year	2 Years
	3 years	N/A	Nil	Nil	Nil	1 Year
	4 years	N/A	Nil	Nil	Nil	Nil

Note 1: In case the waiting period for a certain disease or treatment in the new policy is longer than that in the earlier policy for the same disease or treatment, the additional waiting period should be clearly explained to the incoming policy holder in the portability form to be submitted by the porting policyholder.

Note 2: For group health insurance policies, the individual member's shall be given credit as per the table above based on the number of years of continuous insurance cover, irrespective of, whether the previous policy had any pre-existing disease exclusion/time bound exclusions.

18. The portability shall be applicable to the sum insured under the previous policy and also to an enhanced sum insured, if requested by the insured, to the extent of cumulative bonus acquired from the previous insurer(s) under the previous policies.

For e.g. - If a person had a SI of RS 2lakhs and accrued bonus of Rs 50, 000 with insurer A; when he shifts to insurer B and the proposal is accepted, insurer B has to offer him SI of Rs 2.50lakhs by charging the premium applicable for Rs 2.50lakhs. If insurer B has no product for Rs 2.50lakhs, insurer B would offer the nearest higher slab say Rs 3lakhs to insured by charging premium applicable for Rs 3lakhs SI .However, portability would be available only up to Rs 2.50lakhs.

19. Insurers shall clearly draw the attention of the policyholder in the policy contract and the promotional material like prospectus, sales literature or any other documents in any form whatsoever, that:

a. all health insurance policies are portable;

b. policyholder should initiate action to approach another insurer, to take advantage of portability, well before the renewal date to avoid any break in the policy coverage due to delays in acceptance of the proposal by the other insurer.

Annexure-I

Portability Form

PART-I

1)	Name of the Policyholder / insured (s)	
2)	Date of Birth/Age	
3)	Address of the policyholder/insured	
4)	Details of existing insurer	
	i. Name of the product	
	ii. Sum Insured	
	iii. Cumulative Bonus	
	iv. Add-ons/riders taken	
	v. Policy number	
5)	Details of the proposed insurance	
	i. Name of the product proposed/intend to take	
	ii. Sum Insured Proposed	
	iii. Whether Cumulative Bonus to be converted to an enhanced sum insured	
6)	Reason(s) for portability	

7)	No. of family member to be included I the policy to be ported.	
Enclosure: Photocopy of the existing policy documents		
Date:	Signature of the policyholder	

PART –II

1. Whether the PED exclusions / time bound exclusion have longer exclusion period than the existing policy: (Please indicate Yes / NO):
2. If yes, please give written consent to the declaration below:

"I am aware that the waiting period for the following disease(s)/treatment(s) is ..... days/years more than the previous policy terms. I hereby agree to observe the additional waiting period for the following disease(s)/treatment(s)
Signature of the policyholder

Schedule: II

Administration of Health Plus Life Combi Products

1. The product of this class shall be named as **'Health plus Life Combi Products'** referred as 'Combi Products' hereinafter in this schedule.

2. This schedule does not apply to Micro Insurance Products which are governed by IRDA (Micro Insurance) Regulations, 2005.

3. All insurance companies that promote 'Health plus Life Combi products' shall adhere to the following:

   a. **Scope of Combi Product Class:**

      i) The 'Combi Products' may be promoted by all Life Insurance and Non-Life Insurance Companies.

      ii) The 'Combi Product' shall be the combination of Pure Term Life Insurance cover offered by life insurance companies and Health Insurance cover offered by non life insurance companies/stand alone health insurance companies.

      iii) The Products offered under the combi products shall be individually cleared under the File and Use procedure.

      iv) Riders / Add-on covers may be offered subject to File and Use clearance.

      v) The premium components of both risks are to be separately identifiable and disclosed to the policyholders at both pre-sale stage and post-sale stage and in all documents like policy document, sales literature.

      vi) The product may be offered both as individual insurance policy and on group insurance basis. However in respect of health insurance floater policies, the pure term life insurance coverage is allowed on the life of one of the earning members of the family who is also the proposer on health insurance policy subject to insurable interest and other applicable underwriting norms of respective insurers.

660 GI/13-24

vii) The integrated premium amount of the 'Combi Product' shall be basis for reckoning the threshold limit / applicability of extant Regulations, guidelines and circulars etc. issued by the Authority or any other statutory body.

viii) Commission and Claim payouts in respect of 'Combi Products' shall be by respective insurers only.

ix) 'Combi product' shall have a free look option as outlined in IRDA (Health Insurance Regulations) 2010. Free Look option is to be applied to the 'Combi Product' as a whole.

x) The Health portion of the 'Combi Product' shall entitle its renewability at the option of policy holder from the respective Non-Life / standalone health Insurance Company

b. **Tie up between insurers:**

i) It is mandatory that insurance companies offering the 'Combi Product' shall have in place a Memorandum of Understanding covering the modus operandi of marketing, policy service and sharing of common expenses.

ii) Insurers forming the tie-up shall obtain prior approval of IRDA by duly filing the copy of the agreement entered in this regard. Approval may be obtained by any one of insurers.

iii) A tie up is permitted between one life insurer and one non-life insurer only. Thus a life insurer is permitted to tie up with only one non-life insurer and vice-versa.

iv) Between these two Insurers any number of 'Combi Products' may be promoted.

v) Insurance companies shall carry out an appropriate due diligence before establishing the business relationship for the purpose of promoting 'Combi Products'. Insurers are also expected to have a long-term understanding for effective policy service of the proposed 'Combi Products'.

vi) Withdrawal from the tie-up is generally not desirable. However, in exceptional cases where insurers desire to withdraw from MOU they shall obtain prior permission of the Authority.

vii) There shall be specific time frames / Turn around Times (TAT) to be agreed between the insurance companies as part of MOU for effective policy service, transmission of premiums received etc. at various stages of policy i.e., at pre-sale stage and post-sale stage.

viii) Filing the advertisements in accordance with IRDA (Insurance Advertisements and Disclosures) Regulations, 2000 within 30 days from the date of issuing the advertisement with Authority.

ix) Proposed procedures for obtaining the prior approval of IRDA for issuing Joint Sale Advertisements along with the common corporate agents.

x) The modus operandi of proposed policy service at various stages of the policy viz., proposal stage, policy servicing, premium collection arrangements and claims service etc.

xi) The Information Technology systems put in place for supporting the sale and policy service of the 'Combi Products'.

xii) Agreement on reimbursement of expenses in consideration of common services rendered by each other of insurance companies.

xiii) Distribution Channel wise maximum commission allowed under the 'Combi Products'.

xiv) The manner in which premium is proposed to be collected subject to provisions of Section 64 VB of Insurance Act, 1938.

xv) The procedures put in place for expeditious transfer of the portion of premium that pertains to the other insurer of the product.

xvi) Operational procedures put in place for updating premium on policy data base on a real time basis.

xvii) Options available to policyholders of 'Combi Products' to discontinue either portion of risk coverage while continuing with the other portion, subject to the extant law, regulations, guidelines etc.

xviii) Copy of proposed common Sales Literature / Sales Illustrations, proposal form to be issued by both the insurers in respect of 'Combi Products', subject to the conditions that these documents cleared under File and Use procedure are not modified.

xix) Common Advertisements of 'Combi Products', subject to the condition that this shall be restricted to the features, terms and conditions of the 'Combi Product'.

c. **Lead Insurer**:

i) As two insurance companies are involved in offering the 'Combi Product' one of the insurance companies may be mutually agreed to act as a lead insurer in respect of each 'Combi Product' marketed with agreed terms, conditions and considerations.

ii) The Lead Insurer for this purpose is the insurance company mutually agreed by both the insurers to play a critical role in facilitating the policy service as a contact point for rendering various services as required for combi products. The lead insurer may play a major role in facilitating underwriting and policy service.

iii) The role of lead insurer shall not deter in relying upon the existing operational infrastructure of the partner-insurance company for effective policy servicing of 'Combi Products'.

iv) Either of the insurers shall not be absolved of their responsibility of proactive settlement of claims and other obligations in accordance with the terms and conditions of their respective policies.

4. **Underwriting:** Under the 'Combi Product', underwriting of respective portion of risk shall be carried out by respective insurance companies, that is; Life Insurance risk shall be underwritten by Life Insurance Company and the Health Insurance portion of risk shall be underwritten by Non-Life/stand-alone health Insurance Company.

5. **File and Use:**

a. The life insurance product and the health insurance product to be offered as a combi product shall have prior approval under File and Use procedure.

b. Both the independent approved products shall be integrated as a single product and shall be filed with a common brand name.

c. The single product shall be offered without making any modifications to the cleared products.

d. 'Combi Product' is to be filed at the stage of integrating for getting File and Use approval irrespective of the earlier approval to either of products.

e. 'Combi Product' filing shall follow the File and Use guidelines in vogue and all such guidelines that would be issued from time to time.

f. Combi Product' is to be filed with Actuarial Department of Authority in File and Use formats that are in vogue.

g. The Combi Product shall be approved by the Authority at File and Use.

h. The File and Use application of the 'Combi Product' shall also specify the following:-

i) Lead Insurer for the 'Combi Product' and demarcation of functions between insurers for carrying out activities

ii) Procedures proposed for issuance of the premium notices, where applicable and final lapse notices in terms of Section 50 of the Insurance Act, 1938.

iii) Where the servicing is to be necessarily attended by the original insurer, the lead insurer shall facilitate the policy servicing. As far as the policyholder is concerned lead insurer shall be made as the single nodal point for receiving the servicing requests, fulfilling the services and issuing acknowledgements.

iv) Results of feasibility study, if any, in giving a limited access to the policy data base of policies for effecting over-the-counter policy service requests to the lead insurer.

v) The results of the cost benefit analysis carried out by both the insurers and the possibility of offering any discounts on the premium in the combi product.

vi)

6. Lead insurer in settlement of claims shall ensure:-

a. Based on the type of claim, the other insurer shall also take proactive measures for settlement of claims. In no case, the Lead insurer shall guarantee the settlement of claim on behalf of the other insurer.

b. The risks accepted by one insurer under 'Combi Product' shall not affect the business of other insurance company.

c. As far as health portion of 'Combi Policies' are concerned, the extant regulations and guidelines shall apply.

d. Where the policies are serviceable directly, the lead insurer shall play a facilitative role.

e. The operational procedures proposed to be put in place for timely dispatch of the policy bond of 'Combi Products'.

7. **Distribution Channel:**

a. The sale of 'Combi Product' shall be solicited through:-

i) Direct Marketing channels

ii) Brokers and

iii) Composite Individual and Corporate Agents, common to both insurers

b. 'Combi Products' shall not be marketed through 'Bank Referral' arrangements.

c. Insurers shall ensure that the 'Combi Product' is not marketed by those insurance intermediaries who are not authorized to market either of the products of either of the insurers.

8. **Mandatory Minimum Disclosures:**

a. The mandatory minimum disclosures for a Combi Product shall be:

i) The product is jointly offered by "abc insurance company" (specify non-life/ stand-alone health insurer name) and "xyz insurance company" (specify life insurer name).

ii) The risks of this 'Combi Product' are distinct and are assumed / accepted by respective insurance companies.

iii) The liability to settle the claim vests with respective insurers that is for health insurance benefits "abc insurance company" (specify non-life/ stand-alone health insurer name) and for life insurance benefits "xyz insurance company" (Specify life insurer name).

iv) The legal/quasi legal disputes, if any, shall be dealt with the respective insurers for respective benefits.

v) The policy holders of the 'Combi Product' under reference shall be eligible to continue with either part of the policy, discontinuing the other during the policy term.

vi) Where guaranteed renewability of health insurance plan is allowed, the health insurance portion of this 'Combi Product' is entitled to that facility.

vii) Specific Disclosures on the available premium payment options on these 'Combi Products'.

viii) Specific Disclosures about the available Policy Servicing facilities for these 'Combi Products'.

ix) Specific Disclosures about the proposed claims service of these policies under both the risks.

x) Specific Disclosures on the availability of services of 'Third Party Administrators (TPAs)' for health insurance portion of risk, if available.

xi) Specific Disclosures on the available Grievances Redressal Options including particulars of Ombudsman under these 'Combi products'.

xii) Policyholders are to be advised to familiarize themselves with the policy benefits and policy service structure of the 'Combi Product' before deciding to purchase the policy.

b. Policy documents of 'Combi Products' shall contain the above referred points (iii) to, (xi) as minimum disclosures.

c. Declaration from the prospect shall be obtained and attached to proposal form that he / she has understood the disclosures mentioned above.

9. In respect of 'Combi Products' both the insurers shall comply with the provisions Insurance Act, 1938 and Regulations notified there under and other guidelines, circulars that are applicable to health insurance business and life insurance business respectively.

10. For the purpose of these guidelines non-life insurance company includes standalone health insurance Company also.

11. In order to monitor the progress of the penetration of the product class before enlarging the scope of the same all insurance companies that are marketing 'Combi Products' shall submit the information that is required by the Authority from time to time.

12. The Authority may stipulate such other terms and conditions from time to time for monitoring activities of insurance companies offering 'Combi Products'.

Schedule: III

Health Insurance Returns to be submitted by Insurance Companies

J. HARI NARAYAN, Chairman

[ADVT. III/4/161/12/Exty.]

Forms	Description	Link	Frequency	Time limit for submission	1st Reminder Due Date	2nd Reminder Due date
	Returns (To be submitted by insurers)					
INPUT_HEALTH_1	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_1(a)	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_1.1	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_2	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_3	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_4.1	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_5	[redacted]	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_6	[redacted]	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_6.1	[redacted]	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_6.2	[redacted]	View	Monthly	10th of the following month	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_6.3	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_6.4	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_7	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_8	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_9	[redacted]	View	yearly	Annual Audited – 30th of June	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_10	[redacted]	View	Quarterly	This Form is filled in by IRDA Users		
INPUT_HEALTH_INDIAN_OFFICE_1	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
INPUT_HEALTH_FOREIGN_OFFICE_1	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
REP_HEALTH_OFFICE_1	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
REP_HEALTH_OFFICE_2	[redacted]	View	Quarterly	15th of the month following end of quarter	2 Days before the due date	On due Date
REP_HEALTH_OFFICE_3	[redacted]	View	yearly		2 Days before the due date	On due Date

INPUT_HEALTH_Foreign_Offices_1

Details of foreign offices

Purpose and Frequency

This form collects the information on the foreign offices classified as representative offices, branches, subsidiaries, agency offices

This is a new form for capturing the information on foreign offices.

The frequency of this return is quarterly.

Filters and Parameters

Year [ ] **Quarter** [ ]

Name of insurer [ ]

Country [ ]

#	Particulars	No.	whether regulated by local authority
	Column Code	a	b
1	No. of representative branches * outside India		
2	No. of branches ** outside India		
3	No. of subsidiaries *** outside India		
4	No. of agency Offices **** outside India		
#	Total No. of offices outside India		

Note:

* A representative office is an office established by a company to conduct marketing and other non-transactional operations, generally in a foreign country where a branch office or subsidiary is not warranted.

** A branch of insurance companies is a retail location where an insurer offers a wide array of face to face and automated services to its customers.

*** A subsidiary, in business matters, is an entity that is controlled by a separate higher entity

**** An agency office is an entity where the business is carried out by agents of the insurance companies

INPUT_HEALTH_Office_3

Growth of Offices in Each State - Yearly

Purpose and Frequency

The purpose of this report is to provide a summary of the distribution of offices across each state.

The frequency of this report is yearly.

Filters and Parameters

Year

		Current Year		Previous Year		Second Previous Year		Third Previous Year		Fourth Previous Year	
#	State Name	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices	No. of Rural Offices	No. of Urban Offices
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
	Source/Calculation	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1
1	Andhra Pradesh										
2	Arunachal Pradesh										
3	Assam										
4	Bihar										
5	Chhattisgarh										
6	Goa										
7	Gujarat										
8	Haryana										
9	Himachal Pradesh										
10	Jammu & Kashmir										
11	Jharkhand										
12	Karnataka										
13	Kerala										
14	Madhya Pradesh										
15	Maharasthra										
16	Manipur										
17	Meghalaya										
18	Mizoram										
19	Nagaland										
20	Orissa										
21	Punjab										
22	Rajasthan										
23	Sikkim										
24	Tamil Nadu										
25	Tripura										
26	Uttar Pradesh										
27	Uttrakhand										
28	West Bengal										
29	Andaman & Nicobar Is.										
30	Chandigarh										
31	Dadra & Nagra Haveli										
32	Daman & Diu										
33	Delhi										
34	Lakshadweep										
35	Puducherry										
#	*Total*										

[illegible] Quarterly

Purpose and Frequency

This form collects the information on the office (Branch) details in each state for each insurer.
This form is re-engineered on the basis of the existing Form VII of existing Office Information.
The frequency of this return is quarterly.

Filters and Parameters

Year _____ **Quarter** _____

Insurer Name _____

Business within India

4	State	No. of branches									
		No. of branches at the beginning of the quarter	No. of branches inprincipl e approved during the quarter	Out of approvals of previous quarter	Out of approvals of the quarter	No. of branches closed during the quarter	No of branches at the end of the quarter	No. of offices relocated	No. of offices merged	No. of existing branches increased	No. of existing branches reduced
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
1	Andhra Pradesh										
2	Arunachal Pradesh										
3	Assam										
4	Bihar										
5	Chhattisgarh										
6	Goa										
7	Gujarat										
8	Haryana										
9	Himachal Pradesh										
10	Jammu & Kashmir										
11	Jharkhand										
12	Karnataka										
13	Kerala										
14	Madhya Pradesh										
15	Maharasthra										
16	Manipur										
17	Meghalaya										
18	Mizoram										
19	Nagaland										
20	Orissa										
21	Punjab										
22	Rajasthan										
23	Sikkim										
24	Tamil Nadu										
25	Tripura										
26	Uttar Pradesh										
27	Uttrakhand										
28	West Bengal										
29	Andaman & Nicobar Is.										
30	Chandigarh										
31	Dadra & Nagra Haveli										
32	Daman & Diu										
33	Delhi										
34	Lakshadweep										
35	Puducherry										
[illegible]	[illegible]										

Note:

1. Branches stand for place of business

660 GI/13-26

INPUT HEALTH 1(a) **Yearly**

Details of product performance - Products with more than 1 year term (To be furnished by All insurers having health products)

Purpose and frequency

To collect product information for all products having term more than 1 year

To replace the existing form D to add more data elements on new business and expected business data

The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and Parameters

Year

Insurer Name

#	Particular	Column Code	Product 1 a	Product 2 b	Product 3 c	Product 4 d	Product 5 e
		Product Details					
1	Product Name						
2	UIN						
3a	Scope of Cover(1)						
3b	Target Group						
4	Insured Type		Group	Group	Individual		
4a	Basis of Payout						
5	Date of clearance of product						
5a	Minimum Policy Period						
5b	Maximum Policy period						
6	Current Status of Product						
6a	Add-on covers included		No	Yes			
6b	No. of add on covers						
6c	Whether serviced by TPA?		Yes				
6d	Total no. of TPA involved						
		New Business Data					
7	No. of policies issued						
8	Gross Premium* Collected						
8.i	Total Premium Ceded						
9	No of persons/members/ lives covered		Data to input	Data to input	1		
10	Total Sum Insured						
11a	Reinsurance Commissions Received						
		Renewal Business Data					
7a	No. of policies due for renewal						
8a	No. of policies renewed						
9a	Total Renewal Premium Collected						
9a.i	Total renewal premium ceded						
10a	No of persons/members/ lives covered		Data to input	Data to input	1		
11a	Total Sum Insured in renewal						
11b	Reinsurance Commissions Received						
		In-Force Business Data					
7b	No. of policies						
9b	Gross Premium Income						
9b.i	Total premium ceded						
10b	No of persons/members/ lives covered		Data to input	Data to input	1		
11b	Total Sum Insured						
12b	Reinsurance Commissions Received						
		Cancellation Data					
7c	No. of cancellation in free look period	Out of New Business					
8c.i	No. of cancellation*** during the policy term	Out of New Business					
8c.ii		Out of Renewal Business					
		Expected Business Figures (For next year)					
6e	No. of policies						
6f	Total Gross Premium						
6g	Total no. of claims						
6h	Total amount of claims						
6i	Claims ratio						
6j	Combined ratio						

Note:

1. only predominant cover should be mentioned in scope of cover.

* Gross premium is defined as the premium amount before deducting service tax.

** This section is currently optional.

* Other than free look cancellation

INPUT_HEALTH_E1

Yearly

Details of product performance in terms of claims development and aging (To be furnished by All insurers having health products)

Purpose and frequency

To collect claims movement and claims aging data

To replace the existing form D to add more detailed level information on claims data

The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and Parameters

Year

Channel Type

Insurer Name

#	Particular	Column Code	Product 1 a	Product 2 b	Product 3 c	Product 4 d	Product 5 e
1.i	Claims pending at the beginning of the year	No.					
1.ii		Amount					
2.i	New claims registered	No.					
2.ii		Amount					
3.i	Claims repudiated	No.					
3.ii		Amount					
4.i	Claims closed due to other reasons	No.					
4.ii		Amount					
5.i	Claims reopened	No.					
5.ii		Amount					
6.i	Claims pending at the end of the year	No.					
6.ii		Amount					
7.i	Penal Interest Paid	No.					
7.ii		Amount					
8.i	Incurred Claims Ratio						
8.ii	Combined Ratio						

Claims Ratio = (Total Amount of Claims Incurred)/ GWP

Combined Ratio = (Total Amount of Claims Incurred + Total Company Expenses Amount)/GWP

12.i	Claims pending for less than 1 month	No.					
12.ii		Amount					
13.i	Claims pending for greater than 1 month and less than 3 months	No.					
13.ii		Amount					
14.i	Claims pending for greater than 3 month and less than 6 months	No.					
14.ii		Amount					
15.i	Claims pending for greater than 6 month and less than 12 months	No.					
15.ii		Amount					
16.i	Claims pending for greater than 1 year and less than 2 years	No.					
16.ii		Amount					
17.i	Claims pending for more than 2 yrs	No.					
17.ii		Amount					

* Reckoned from date of first intimation

12.i	Claims settled for less than 1 month	No.					
12.ii		Amount					
13.i	Claims settled for greater than 1 month and less than 3 months	No.					
13.ii		Amount					
14.i	Claims settled for greater than 3 month and less than 6 months	No.					
14.ii		Amount					
15.i	Claims settled for greater than 6 month and less than 12 months	No.					
15.ii		Amount					
16.i	Claims settled for greater than 1 year and less than 2 years	No.					
16.ii		Amount					
17.i	Claims settled for more than 2 yrs	No.					

17.II	[illegible]	Amount						

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

12.I	Claims repudiated for less than 1 month	No.						
12.II		Amount						
13.I	Claims repudiated for greater than 1 month and less than 3 months	No.						
13.II		Amount						
14.I	Claims repudiated for greater than 3 month and less than 6 months	No.						
14.II		Amount						
15.I	Claims repudiated for greater than 6 month and less than 12 months	No.						
15.II		Amount						
16.I	Claims repudiated for greater than 1 year and less than 2 years	No.						
16.II		Amount						
17.I	Claims repudiated for more than 2 yrs	No.						
17.II		Amount						

***Reckoned from date of receipt of last requirement

Note:

1. Incurred Claims ratio = Total incurred claim/ Total Earned Premium
2. Combined Ratio = (Total claims paid+other operating expense)/total premium earned
3. The product will be populated based on the selection of the target group

1.I	Claims pending at the beginning of the year											Closing of last year will be beginnin		Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
1.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
2.I	New claims registered													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
2.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
3.I	Claims settled fully without grievance													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
3.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
4.I	Claims settled fully subsequent to grievance													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
4.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
4.I.a	Claims first rejected and subsequently settled fully													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
4.I.b	Claims first partially settled and subsequently settled fully													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
5.I	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
	Claims partially settled													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
5.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
6.I	Claims repudiated													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
6.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
7.I	Claims closed due to other reasons													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
7.II	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
8.I	Claims reopened													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database

8.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
9.i	Claims pending at the end of the year													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
9.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
10.i	Penal Interest Paid													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
10.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
11.i	Incurred Claims Ratio	Enable				Numeric								Database
11.ii	Combined Ratio	Enable				Numeric								Database
														Database
														Database
12.i	Claims pending for less than 1 month													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
12.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
13.i	Claims pending for greater than 1 month and less than 3 months													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
13.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
14.i	Claims pending for greater than 3 month and less than 6 months													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
14.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
15.i	Claims settled for greater than 6 month and less than 12 months													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
15.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
16.i	Claims settled for greater than 1 year and less than 2 years													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
16.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
17.i	Claims settled for more than 2 yrs													Database
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
17.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
														Both
12.i	Claims settled for less than 1 month													Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
12.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
13.i	Claims settled for greater than 1 month and less than 3 months													Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
13.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
14.i	Claims settled for greater than 3 month and less than 6 months													Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
14.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
15.i	Claims settled for greater than 6 month and less than 12 months													Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
15.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
16.i	Claims settled for greater than 1 year and less than 2 years													Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
16.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
17.i	Claims settled for more than 2 yrs													Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
17.ii	2) Amount	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both

660 GI/13-27

														Both
12.i	Claims repudiated for less than 1 month					Numeric	20		Yes	Input				Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
12.ii	2) Amount	Enable												
	Claims repudiated for greater than 1 month and less than													Both
13.i	3 months					Numeric	20		Yes	Input				Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
13.ii	2) Amount	Enable												
	Claims repudiated for greater than 3 month and less than													Both
14.i	6 months					Numeric	20		Yes	Input				Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
14.ii	2) Amount	Enable												
	Claims repudiated for greater than 6 month and less than													Both
15.i	12 months					Numeric	20		Yes	Input				Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
15.ii	2) Amount	Enable												
	Claims repudiated for greater than 1 year and less than 2													Both
16.i	years					Numeric	20		Yes	Input				Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
16.ii	2) Amount	Enable												
17.i	Claims repudiated for more than 2 yrs					Numeric	20		Yes	Input				Both
	1)No.	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
17.ii	2) Amount	Enable												

Yearly

Details of product performance - Products with 1 year or less than 1 year term (To be furnished by All insurers having health products)

Purpose and frequency

To collect product information for all products having term 1 year or less than 1 year

To replace the existing form D to add more data elements on new business and expected business data

The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and Parameters

Year

Insurer Name

#	Particular	Column Code	Product 1 a	Product 2 b	Product 3 c	Product 4 d	Product 5 e
1	Product Name						
2	UIN						
3a	Scope of Cover(1)		Hospital Care				
3b	Target Group		Others				
4	Insured Type		Individual+ group	Group	Individual		
4a	Basis of Payout						
5	Date of clearance of product						
5a	Minimum Policy Period						
5b	Maximum Policy period						
6	Current Status of Product			Launched			
6a	Add-on covers included		No	Yes			
6b	No. of add on covers						
6c	Whether serviced by TPA?		Yes				
6d	Total no. of TPA involved						
7	No. of policies issued						
8	Gross Premium* Collected						
8.i	Total Premium Ceded						
9	No of persons/members/ lives covered		Data to input	Data to inpu	1		
10	Total Sum Insured						
11a	Reinsurance Commissions Received						
7a	No. of policies due for renewal						
8a	No. of policies renewed						
9a	Total Renewal Premium Collected						
9a.i	Total Renewal Premium Ceded						
10a	No of persons/members/ lives covered		Data to input	Data to inpu	1		
12a	Total Sum Insured in renewal						
11b	Reinsurance Commissions Received						
8b.i	No. of cancellation during the policy term						
8b.ii			ness				
6e	No. of policies						
6f	Gross Premium						

List of scope of cover given and is mentioned below

Hospital Care
2. Critical Illness
3. Surgical Cash
4. Hospital Daily Cash
5. High Deductible
6. Outpatient cover
7. Dental cover
8. Health Savings
9. Domestic Travel
10. International Travel
11. International Comprehensive Cover
12. Specified disease / disease management cover (e.g. Cancer, HIV, Diabetes etc)
13. Personal Accident
14. Maternity and Fertility
15. Long term care
16. Disability and rehabilitation
17. Mental Illness
99. Any other

6g	Total no. of claims						
6h	Total amount of claims						
6i	Claims ratio						
6j	Combined ratio						

<these will be input by Insurer>

Claims Ratio = (Total Amount of Claims Incurred)/ GWP
Combined Ratio = (Total Amount of Claims Incurred + Total Company Expenses Amount)/GWP
Claims O/s ratio = Total claims pending /total claims reported
Claims settlement ratio = Number of claims settled/total claims reported

Note:
1. only main cover should be mentioned in scope of cover.
• Gross premium is defined as the premium amount before deducting service tax.

INPUT_Health_6 **Yearly**

Details of product performance in terms of claims management w.r.t TPA (To be furnished by insurers having health insurance business)

Purpose and frequency

To capture the performance of the products in terms of claims management w.r.t TPA
This form is a replacement of the existing form D to gather more detailed level information about TPA contribution.
The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and Parameters

Year

Insurer Name — Claims Handled Through: ● Inhouse ○ TPA

TPA Name

a	Name of product		No. of policies serviced	No. of claims handled	Amount of claims handled	No. of claims settled	Amount of claims settled		
	Column Code		a	b	c	d	e	f	g

Note:
1. All the products which have been approved during the period will be covered in this form.
2. Product Type can be Individual or Group.
3. Current Status of product will be - active, inactive or withdrawn.

Values to be entered separately for No. of policies serviced=a No. of claims handled=,b, Amount of claims handled=c, No. of claims settled=d, Amount of claims settled=e

C	Name of Product	Enable				VarChar	20		Yes	Input	Should not be Numeric		Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form # INPUT_Health_1	Database
C(a)	No. of policies serviced	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative		Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form # INPUT_Health_1	Database
C(b)	No. of claims handled	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
C(c)	Amount of claims handled	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
C(d)	No. of claims settled	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Database
C(e)	Amount of claims settled	Enable				Numeric								Database

660 GI/13-28

Yearly

Details of product-wise performance in delivery of channels (To be filled by Insurance Companies)

Purpose and frequency

To capture the performance of the products in terms of distribution channels

This form is a replacement of existing form Q for capturing the data on Channelwise contribution.

The frequency of the return is yearly and as and when.

Filters and Parameters

Year

Insurer Name

Channel Type — exclude referrals

#	Name of product	No. of policies	Gross Premium	* Commissions / Fees Paid	Other Acquisition Costs
	Column Code	a	b	c	d

Note

* For referrals, fees is applicable

Field Validations

Should be values to be entered separately for No. of policies serviced=a Gross Premium=b,* Commissions / Fees Paid =c, Other Acquisition Costs=d

	Field Name	Display	Mandatory	Field Type	Default Value	Data Type	Length	Decimal	Editable	Source	Validation	Help Text	Remarks
C	Name of the Product	Enable				VarChar	20		Yes	Input	Should not be Numeric	Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form # INPUT_Health 1	Database
C(a)	No. of policies	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative	Need to Validate the Input for Products and policies issued can come from Form # INPUT_Health 1	Database
C(b)	Gross Premium	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
C(c)	* Commissions / Fees Paid	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database
C(d)	Other Acquisition Costs	Enable				Numeric	20		Yes	Input			Database

Note:

1. All the products which have been approved during the period will be covered in this form.
2. Product Type can be Individual or Group.
3. Current Status of product will be - active, inactive or withdrawn.

[illegible] Monthly

Purpose and frequency

To measure the effectiveness of functions of TPAs in terms of claim flow and TPA Fees
This is the recreated form of the proposed format for collecting due information
The frequency of the form is monthly. The data is submitted by insurers in respect of every TPA enrolled with them.

Filters and Parameters

Year [illegible] Month [illegible]

Insurer Name [illegible] TPA Name [illegible]

#	Particulars	Claim Fees	TPA Fees	Total
	Column Code	a	b	
1	Due outstanding at the beginning of month		Amount	
2	Payment request received during the month			
3	Due paid during the month			
4	Due outstanding at the end of the month			
5	Due outstanding at the end of the month			
5.i	More than 0- 7 days			
5.ii	More than 7-15 days			
5.iii	More than 15- 30 days			
5.iv	More than 2 months			
5.v	More than 4 months			
5.vi	More than 6 months			

Closing balance of previous month will be opening balance of current month

Notes:

[illegible] Monthly

Purpose and frequency

The purpose of the form is to collect the information of the claims handled directly by insurers having health business for the group business
This is a modification of proposed format for capturing the claims data
The frequency of the form is monthly

Filters and Parameters

Year [illegible] Month [illegible]

Insurer Name [illegible] Business Group

Claims movement Details

Form Input_Health_6 and Form Input_Health_6 1 needs to be merged by giving drop down for Business

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims pending at the beginning of the month								
2	New Claims registered during the month								
3	Claims Settled During the Month								
4	Claims repudiated								
5	Claims pending at the end of the month								

Aging of pending claims *

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims pending for less than 1 month								
2	Claims pending for 1-3 months								
3	Claims pending for 3-6 months								
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years								
6	Claims pending for more than 2 years								

* Reckoned from date of first intimation

Aging of settled claims**

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims settled within less than 1 month								
2	Claims settled within 1-3 months								
3	Claims settled within 3-6 months								
4	Claims settled within 6-12 months								
5	Claims settled within 1-2 years								
6	claims settled within more than 2 years								

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Aging of repudiated claims*

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Paid		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims repudiated within less than 1 month								
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3	Claims repudiated within 3-6 months								
4	Claims repudiated within 6-12 months								
5	Claims repudiated within 1-2 years								
6	claims repudiated within more than 2 years								

*** Reckoned from the date of receipt of last requirement

INSUT_HEALTH_62 Monthly

Details of Claims Handled through TPA- To be submitted by the insurers having health business

Purpose and frequency

The purpose of the form is to collect the information of the claims handled through TPA.
This is a modification of proposed format for capturing the claims data
The frequency of the form is monthly.

Filters and Parameters

Year _____ Month _____

Insurer Name _____ TPA Name _____

Division ○ Individual ● Group

Claims movement Details

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims pending at the beginning of the month								
2	New Claims registered during the month								
3	Claims Settled During the Month								
4	Claims repudiated								
5	Claims pending at the end of the month								

Aging of pending claims *

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims pending for less than 1 month								
2	Claims pending for 1-3 months								
3	Claims pending for 3-6 months								
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years								
6	claims pending for more than 2 years								

* Reckoned from date of first intimation

Aging of settled claims*

1	Claims settled within less than 1 month								
2	Claims settled within 1-3 months								
3	Claims settled within 3-6 months								
4	Claims settled within 6-12 months								
5	Claims settled within 1-2 years								
6	Claims settled within more than 2 years								

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Aging of repudiated claims*

1	Claims repudiated within less than 1 month								
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3	Claims repudiated within 3-6 months								
4	Claims repudiated within 6-12 months								
5	Claims repudiated within 1-2 years								
6	Claims repudiated within more than 2 years								

*** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Yearly

Purpose and Frequency

- The purpose of the form is to collect the information of the claims for an insurer.
- This is a new format for capturing state wise data
- The frequency of the form is yearly

Filters and Parameters

Year

Insurer Name

660 GI/13-29

Monthly

Details of claims handled directly - To be submitted by the insurers having health business individual

Purpose and frequency

The purpose of the form is to collect the information of the claims handled directly by insurers having health business for the individual business

This is a modification of proposed format for capturing the claims data

The frequency of the form is monthly

Filters and Parameters

Year _____ **Month** _____

Insurer Name _____

Claims movement Details

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims pending at the beginning of the month								
2	New Claims registered during the month								
3	Claims Settled During the Month								
4	Claims repudiated								
5	Claims pending at the end of the month								

Aging of pending claims *

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims pending for less than 1 month								
2	Claims pending for 1-3 months								
3	Claims pending for 3-6 months								
4	Claims pending for 6-12 months								
5	Claims pending for 1-2 years								
6	claims pending for more than 2 years								

* Reckoned from date of first intimation

Aging of settled claims**

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Based		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims settled within less than 1 month								
2	Claims settled within 1-3 months								
3	Claims settled within 3-6 months								
4	Claims settled within 6-12 months								
5	Claims settled within 1-2 years								
6	claims settled within more than 2 years								

** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Aging of repudiated claims***

#	Particulars	Cashless		Reimbursement		Benefit Paid		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Claims repudiated within less than 1 month								
2	Claims repudiated within 1-3 months								
3	Claims repudiated within 3-6 months								
4	Claims repudiated within 6-12 months								
5	Claims repudiated within 1-2 years								
6	claims repudiated within more than 2 years								

*** Reckoned from the date of receipt of last requirement

Purpose and Frequency

To collect State wise information on Gross Premium, No. of Policies and Total Sum Assured across Channels

This form is re-engineered on the basis of existing Form I and Form II of gross premium.

The frequency of the form is quarterly

Filters and Parameters

Year: ______ Quarter: ______

Name of Insurer: ______ Division: O Individual ◉Group

	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x
1	Andhra Pradesh																								
2	Arunachal Pradesh																								
3	Assam																								
4	Bihar																								
5	Chhattisgarh																								
6	Goa																								
7	Gujarat																								
8	Haryana																								
9	Himachal Pradesh																								
10	Jammu & Kashmir																								
11	Jharkhand																								
12	Karnataka																								
13	Kerala																								
14	Madhya Pradesh																								
15	Maharasthra																								
16	Manipur																								
17	Meghalaya																								
18	Mizoram																								
19	Nagaland																								
20	Orissa																								
21	Punjab																								
22	Rajasthan																								
23	Sikkim																								
24	Tamil Nadu																								
25	Tripura																								
26	Uttar Pradesh																								
27	Uttrakhand																								
28	West Bengal																								
29	Andaman & Nicobar Is.																								
30	Chandigarh																								
31	Dadra & Nagra Haveli																								
32	Daman & Diu																								
33	Delhi																								
34	Lakshadweep																								
35	Puducherry																								
#	Total																								

[redacted]

Purpose and Frequency

This return collects information on the claims reported in each state during the quarter.

This form is re-engineered on the basis of Form IV

The frequency of this return is quarterly

Filters and Parameters

Year [ ] Quarter [ ]

Name of Insurer [ ] Division ○ Individual ◉ Group

	State	Direct Business (Internet)		Direct Business (Other than Internet)		Individual Agents		Banks		Other Corporate Agents		Brokers		Intermediaries		Other Channels		Total	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p		
1	Andhra Pradesh	10 Cr max.	100000 Cr max.																
2	Arunachal Pradesh																		
3	Assam																		
4	Bihar																		
5	Chhattisgarh																		
6	Goa																		
7	Gujarat																		
8	Haryana																		
9	Himachal Pradesh																		
10	Jammu & Kashmir																		
11	Jharkhand																		
12	Karnataka																		
13	Kerala																		
14	Madhya Pradesh																		
15	Maharashtra																		
16	Manipur																		
17	Meghalaya																		
18	Mizoram																		
19	Nagaland																		
20	Orissa																		
21	Punjab																		
22	Rajasthan																		
23	Sikkim																		
24	Tamil Nadu																		
25	Tripura																		
26	Uttar Pradesh																		
27	Uttrakhand																		
28	West Bengal																		
29	Andaman & Nicobar Is.																		
30	Chandigarh																		
31	Dadra & Nagra Haveli																		
32	Daman & Diu																		
33	Delhi																		
34	Lakshadweep																		
35	Puducherry																		
#	Total																		

[redacted]

	Direct Business (Internet)	Disable													Both
a	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input					Both
b	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input					
	Direct Business (Other than Internet)	Disable													

c	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
d	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	Individual Agents	Disable												
e	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
f	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	Banks	Disable												
g	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
h	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	Other corporate agents	Disable												
i	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
j	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	Brokers	Disable												
k	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
l	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	Referrals	Disable												
m	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
n	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	Microinsurance Agents(MFI, SHG, NGO)	Disable												
o	No. of Claims	Enable				Numeric	20		Yes	Input				Both
p	Amount of Claims	Enable				Float	15		Yes	Input				Both
	(For Health Insurance - Individual), No. of lives covered	Enable				Numeric	10		Yes	Input				Both
	(For Health Insurance - Group), No. of lives covered	Enable				Numeric	10		Yes	Input				Both
1	Andhra Pradesh	Disable												
2	Arunachal Pradesh	Disable												
3	Assam	Disable												
4	Bihar	Disable												
5	Chhattisgarh	Disable												
6	Goa	Disable												
7	Gujarat	Disable												
8	Haryana	Disable												
9	Himachal Pradesh	Disable												
10	Jammu & Kashmir	Disable												
11	Jharkhand	Disable												
12	Karnataka	Disable												
13	Kerala	Disable												
14	Madhya Pradesh	Disable												
15	Maharasthra	Disable												
16	Manipur	Disable												
17	Meghalaya	Disable												
18	Mizoram	Disable												
19	Nagaland	Disable												
20	Orissa	Disable												
21	Punjab	Disable												
22	Rajasthan	Disable												
23	Sikkim	Disable												
24	Tamil Nadu	Disable												
25	Tripura	Disable												
26	Uttar Pradesh	Disable												
27	Uttrakhand	Disable												
28	West Bengal	Disable												
29	Andaman & Nicobar Is.	Disable												
30	Chandigarh	Disable												
31	Dadra & Nagra Haveli	Disable												
32	Daman & Diu	Disable												
33	Delhi	Disable												
34	Lakshadweep	Disable												
35	Puducherry	Disable												
#	**Total**	Disable				Float	20		Yes	Derived		Sum(No. of Claims/ Ar		Both

660 GI/13-30

INPUT Header 13

Large Claim Details - Insurer-wise

Purpose and frequency

This form captures the claim details of large claims in for all insurers

This is a new form

The frequency of this form is yearly and as and when

Filters and Parameters

Year [ ] Quarter [ ]

Insurer Name [ ]

#	State	Reported Claims		Fully Settled claims		Partially settled claims		Outstanding Claims	
		No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims	No. of claims	Amount of claims
	Column Code	a	b	c	d	e	f	g	h
1	Andhra Pradesh								
2	Arunachal Pradesh								
3	Assam								
4	Bihar								
5	Chhattisgarh								
6	Goa								
7	Gujarat								
8	Haryana								
9	Himachal Pradesh								
10	Jammu & Kashmir								
11	Jharkhand								
12	Karnataka								
13	Kerala								
14	Madhya Pradesh								
15	Maharasthra								
16	Manipur								
17	Meghalaya								
18	Mizoram								
19	Nagaland								
20	Orissa								
21	Punjab								
22	Rajasthan								
23	Sikkim								
24	Tamil Nadu								
25	Tripura								
26	Uttar Pradesh								
27	Uttrakhand								
28	West Bengal								
29	Andaman & Nicobar Is.								
30	Chandigarh								
31	Dadra & Nagra Haveli								
32	Daman & Diu								
33	Delhi								
34	Lakshadweep								
35	Puducherry								
#	*Total*								

Input HEALTH_10 | Quarterly

Grievance movement

<this form is filled by Insurer>

Purpose and Objective

ThisFormt represents the grievance movement through out the period for each insurer against different types of complaints

The frequency of this form is quarterly

Filters and Parameters

Year _____ **Quarter** _____

Complaint Type _____

Complaint Type
Delay in Payment
Refusal of claim
Deduction
Policy not received
Any Other

#	Name of Insurer	No. of complaints pending at the beginning	No. of new complaints registered	No. of complaints resolved	No. of complaints rejected	No. of complaints pending at the end
	Column Code	a	b	c	d	e
	Source/Calculation	Grievance Management System	Grievance Management System	Grievance Management System	Grievance Management System	Grievance Management System
1						
2						
3						
4						
5						
6						

#	Name of Insurer	No. of complaints pending for < 1 month	No. of complaints pending for 1-3 months	No. of complaints pending for 3-6 months	No. of complaints pending for 6-12 months	No. of complaints pending for > 1 yr
	Column Code	a	b	c	d	e
	Source/Calculation					

INPUT HEALTH 4.1 Yearly

Details of new business and renewal business - Statewise

Purpose and frequency

To capture the statewise new business and renewal business activities for each insurer
This form is a new format.
The frequency of the return is yearly.

Filters and Parameters

Year

Business Individual

Insurer Name

Individual Business Needs to be removed; create the drop down as shown above

#	State *	New Business			Renewal Business			In-Force Business		
		No. of policies	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	Gross Premium Amount	Total Sum Assured
	Column Code	a	b	d	e	f	h	e	f	h
1	Andhra Pradesh									
2	Arunachal Pradesh									
3	Assam									
4	Bihar									
5	Chhattisgarh									
6	Goa									
7	Gujarat									
8	Haryana									
9	Himachal Pradesh									
10	Jammu & Kashmir									
11	Jharkhand									
12	Karnataka									
13	Kerala									
14	Madhya Pradesh									
15	Maharasthra									
16	Manipur									
17	Meghalaya									
18	Mizoram									
19	Nagaland									
20	Orissa									
21	Punjab									
22	Rajasthan									
23	Sikkim									
24	Tamil Nadu									
25	Tripura									
26	Uttar Pradesh									
27	Uttrakhand									
28	West Bengal									
29	Andaman & Nicobar Is.									
30	Chandigarh									
31	Dadra & Nagra Havell									
32	Daman & Diu									
33	Delhi									
34	Lakshadweep									
35	Puducherry									
#	Total									

Group Business *

#	State	New Business				Renewal Business				In-Force Business Data			
		No. of policies	No. of lives covered	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	No. of lives covered	Gross Premium Amount	Total Sum Assured	No. of policies	Gross Premium Amount	Total Premium Amount	Total Sum Assured
	Column Code	a	b	c	e	f	g	h	j	f	g	h	j
1	Andhra Pradesh												
2	Arunachal Pradesh												
3	Assam												
4	Bihar												
5	Chhattisgarh												
6	Goa												
7	Gujarat												
8	Haryana												
9	Himachal Pradesh												
10	Jammu & Kashmir												
11	Jharkhand												
12	Karnataka												
13	Kerala												
14	Madhya Pradesh												
15	Maharasthra												
16	Manipur												
17	Meghalaya												
18	Mizoram												
19	Nagaland												
20	Orissa												
21	Punjab												
22	Rajasthan												
23	Sikkim												
24	Tamil Nadu												
25	Tripura												
26	Uttar Pradesh												
27	Uttrakhand												
28	West Bengal												
29	Andaman & Nicobar Is.												
30	Chandigarh												
31	Dadra & Nagra Haveli												
32	Daman & Diu												
33	Delhi												
34	Lakshadweep												
35	Puducherry												
#	***Total***												

Note:

* Group include family floaters and any policy with more than one insured person

660 GI/13-31

INPUT_HEALTH_6.4 Quarterly

Performance of Government sponsored Health Insurance Scheme

Purpose and frequency

This form is used to capture the details of the Performance of Goverement Health Insurance sponsered Scheme

This is a new format

The frequency of the form is quarterly

Filters and Parameters

Year _____ **Quarter** _____

Insurer Name _____

#	Product / Scheme	No. of policies issued	No.of BPL families covered		Total number of beneficiaries covered	Gross Premium (In 000s)	No.of claims reported	Amount of Claims reported	No.of claims settled	Claim Amount settled	No. of claims O/s	Amount of Claims O/s.	Incurred Claim Ratio (%)
	Column Code	a	1	b 4	c 5	d	e	f	g	h	i	j	k
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

[redacted]

C	Product/Scheme	Enable					20		Yes	Input				Database
C(a)	No. of policies issued	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(b)	No.of BPL families covered	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(c)	Total number of beneficiaries covered	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(d)	Gross Premium (In 000s)	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(e)	No.of claims reported	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(f)	Amount of Claims reported	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(g)	No.of claims settled	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(h)	Claim Amount settled	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(i)	No. of claims O/s	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(j)	Amount of Claims O/s.	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database
C(k)	Incurred Claim Ratio (%)	Enable				Numeric	20		Yes	Input	Should not be Negative			Database

666 GI/12-32

Statewise Report of distribution of offices - Quarterly

Purpose and Frequency

The purpose of this report is provide information on the distribution of office locations in each state for each insurer

The frequency of this report is quarterly

Filters and Parameters

Year [ ] **Quarter** [ ]

State [ ]

			Rural Area		Urban Area	
#	Name of Insurer	No. of branches approved but not opened	No. of rural branches	% of rural Branches	No. of urban branches	% of Urban Branches
	Column Code	a	b	c	d	e
	Source/Calculation	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	=100*b/(b+d)	INPUT_NON_LIFE_Office_1	=100*d/(b+d)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
.....						
#	*Total*					

REP_HEALTH_Office_1

OFFICE DETAILS Quarterly

Purpose and Frequency

The purpose of this report is to provide the office details of each insurer in each state and at an overall level

The frequency of this report is quarterly

Filters and Parameters

Year [ ] **Quarter** [ ]

State [ ]

				No. of branches opened during the year			
#	Name of Insurer	No. of offices at the beginning of the year	No. of branches approved during the year	Out of approvals of previous year	Out of approvals of this year	No. of branches closed during the year	No of branches at the end of the year
	Column Code	a	b	c	d	e	f
	Source/Calculation	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1	INPUT_NON_LIFE_Office_1
1							
2							
3							
4							
5							
6							
.....							
#	*Total*						

Printed by the Manager, Government of India Press, Ring Road, Mayapuri, New Delhi-110064
and Published by the Controller of Publications, Delhi-110054.